

*Maarit Outinen, Kristiina Lempinen,
Tupu Holma, Riitta Haverinen*

Seitsemän laatupolkua

Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa

ISBN 978-952-213-182-9

SUOMEN KUNTALIITTO
STAKES, SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISKESKUS
TURUN YLIOPISTON TÄYDENNYSKOULUTUSKESKUS
HELSINKI
1999

TEKIJÄT

Maarit Outinen
Kristiina Lempinen
Tupu Holma
Riitta Haverinen

TAITTO

Nina Palmu-Pietilä

1. painos

ISBN 978-952-213-182-9

© Suomen Kuntaliitto

Helsinki 1999

Suomen Kuntaliitto

Toinen linja 14

PL 200

00101 Helsinki

Puh. (09) 7711

Telefax (09) 771 2291

Lukijalle

Tämä julkaisu on osa vuonna 1999 ilmestyneen valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintasuosituksen tukiaineistoa. Idea syntyi niistä palautteista, joita saatiin suosituksen tiimoilta käydyissä keskusteluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa käydyissä muissakin keskusteluissa sekä koulutustilaisuuksissa on tullut esiin tarve laadunhallinnan aineistosta, joka auttaisi laatutyön alkuun arjen tarpeista ja lähtökohdista. Julkaisu on yksi vastaus tähän tarpeeseen. Julkaisu tarjoaa käytännön työvälineitä ja vaihtoehtoisia menetelmiä laadunhallintaan. Julkaisun teemoja valitessamme olemme ajatelleet niitä tilanteita, joista työpaikoilla lähdetään laatutyötä tekemään. Julkaisussa esitellyt toimintamallit soveltuvat sekä pieniin että suuriin työyhteisöihin.

Usein laadun saaminen hallintaan on pidempikestoinen prosessi, joka etenee vaihtelevasti ikään kuin erilaisia polkuja pitkin. Esittelemme julkaisussa seitsemän laatupolkua. Laatupolut nähdään erilaisina tapoina käynnistää laadunhallinta ja lähestyä laatukysymyksiä monesta näkökulmasta. Polut on tarkoitettu antamaan ideoita. Käytännössä erilaisilla poluilla risteillään omien tarpeiden mukaan. Julkaisussa esitellyjä polkuja voidaan hyvin yhdistellä tai valita oma polku, jonka ideoinnissa kirja voi toimia apuna. Suosittelemme luovuutta julkaisun käytössä ja risteilemistä eri polkujen tarjoamien ajatusten ja menetelmien lomassa. Siten voi löytyä omia menetelmien jatkokehittelyjä ja näin sitoutuminen laatutyöhön syvenee.

Julkaisu rakentuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä osassa käsitellään laadunhallinnan lähtökohtia ja kaikille laatupoluille yhteisiä asioita. Toisessa osassa kuvataan seitsemän erilaista laatupolkua, jotka on valittu vallitsevien laatutuu-
lien sekä kirjoittajien asiantuntemuksen ja kokemuksen pohjalta. Kolmannessa osassa esitellään lyhyesti näihin polkuihin liittyviä menetelmiä ja työkaluja. Polut olemme nimenneet seuraavasti:

1. Asiakkaan ääni kuuluviin
2. Itsearviointilla oma kuva kirkastuu
3. Arvokeskustelusta laatupolitiikkaan
4. Projektiosaamista organisaatioon
5. Parempaan käytäntöön hoidossa ja palveluissa
6. Mittaamalla luulosta tietoon
7. Rohkeasti näytön tielle

Ensimmäiseksi esitellään polku *Asiakkaan ääni kuuluviin*. Tämä polku korostaa asiakasta laadunhallinnan keskeisenä lähtökohtana, ytimenä, palautteen antajana ja yhteistyökumppanina. *Itsearvioinnilla oma kuva kirkastuu* -polku lähtee työyhteisön itsearvioinnista, jossa tehdyn analyysin pohjalta lähdetään parantamaan laatua ja poistamaan mahdollisia laatuongelmia. *Arvokeskustelusta laatupolitiikkaan* -polku perustuu ajatukseen yhteisen keskustelun tärkeydestä ja riittävän yhteisistä arvoista, jota kautta laatupolitiikka voidaan muotoilla laadunhallinnan välineeksi. Polku *Projektiosaamista organisaatioon* viittaa projektimuotoon laadunhallinnan välineenä. *Parempaan käytäntöön hoidossa ja palveluissa* -polku tavoittelee laadun parantamista hyvän palveluprosessin kuvaamisen kautta. *Mittaamalla luulosta tietoon* -polku korostaa luotettavan mittaamisen merkitystä laadunhallinnassa. *Rohkeasti näytön tielle* -polulle lähdetään monesti ulkoisesta vaatimuksesta osoittaa palvelujen laatu. Sen yhteydessä kuvataan välineitä, joilla tähän haasteeseen voidaan vastata.

Kukin polku on kirjassa omana lukunaan, jossa kuvataan polun idea, erilaisia lähtötilanteita, polun vaiheita sekä jatkoreittejä. Mukaan on liitetty esimerkkejä työvälineistä, jotka on koettu hyviksi kullakin polulla etenemisessä. Olemme myös ottaneet mukaan käytännön esimerkkejä työpaikoilta. Viitatessamme tekstissä asioihin, jotka on esitetty jollakin toisella polulla, käytämme poluista usein tiivistettyjä nimityksiä eli puhumme 'itsearviointipolusta' tai 'mittaripolusta'.

Julkaisussa käytetään joitain käsitteitä, jotka on syytä määritellä heti aluksi. *Menetelmällä* tarkoitamme vakiintuneita toimintatapoja, jotka ovat toistettavissa. Menetelmillä pyritään muutoksen aikaansaamiseen. Menetelmä voi olla esimerkiksi ryhmähaastattelu asiakaspalautteen keruussa. Kaikkeen toimintaan ei ole valmiita vakiintuneita menetelmiä. Näistä käytämme ilmaisua ja *lähestymistapa*. *Toimintatavalla* tarkoitamme työyhteisön omaksumaa työn tekemisen tapaa. *Työkaluja* ovat esimerkiksi asiakaskartta tai vuokaavio. Käytännössä menetelmä, tekniikka, apuväline ja työkalu ovat tekstissämme luovassa käytössä. Olennaista on, että organisaatiossa tai työpaikalla yhteisesti sovitaan, mitä kullakin käsitteellä tarkoitetaan.

Laadun peruskäsitteitä ja laatuajattelua ei tarvitse tuntea laajasti julkaisua käyttääkseen. Ne välittyvät tekstistä ja esimerkeistä. Tarpeen mukaan määritteilyjä löytyy tekstistäkin. Koska olemme pyrkineet pitämään tämän julkaisun kohdullisen suppeana, olemme koonneet laadunhallinnan keskeistä kirjallisuutta kunkin polun loppuun. Mukana ovat vain tärkeimpinä pitämämme lähteet; ei kattavaa laatuhakemistoa. Kirjallisuusviitteisiin tutustumalla voivat asiasta kiinnostuneet hankkia yksityiskohtaisempaa tietoa laadunhallinnan lähestymistavoista ja menetelmistä. Stakesissa laatuprojektit julkaisevat vuosittain täydentävää kotimaisen, sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun liittyvän kirjallisuuden luetteloa, jonka avulla pääsee myös hyvien laatuhankeiden jäljille.

Esitellyt laatupolut on tarkoitettu lähinnä ajattelun virikkeeksi ja mahdollisuuksien pohdintaan. Keskeinen tavoitteemme on rohkaista teitä lukijoita omien laatupolkujen ja niillä tarvittavien välineiden etsintään omista tärkeistä kysymyksistä käsin. Tässä suhteessa uskomme luovan poluilla risteilyn ja oman ajattelun voimaan. Perehtykää laatupolkuihin, niiden vaihtoehtoihin, kyseenalaistakaa, verratkaa omia kokemuksia ja kirjan esimerkkejä. Lähtekää rohkeasti omille teillenne!

Julkaisu on tehty yhteistyönä siten, että olemme kommentoineet toistemme tekstejä ja kehitelleet niitä yhdessä eteenpäin. Yhteistyö ja kokemusten jakaminen on ollut kantava periaate kirjoittamisessa samoin kuin julkaisun tuottamisessa, jossa ovat mukana kaikki kolme taustayhteisöämme.

Virikkeellisiä lukuhetkiä, omia oivalluksia, kokeiluja ja onnistumisen kokemuksia.

Helsingissä syyskuussa 1999

Maarit Outinen	Kristiina Lempinen	Tupu Holma	Riitta Haverinen
Stakes	Turun yliopiston	Suomen	Stakes
	täydennyskoulutuskeskus	Kuntaliitto	

Sisällysluettelo

OSA I Laadunhallinnan lähtökohtia	9
Laadunhallinnan lähtökohtia	10
Moniammatillisuus	11
Asiakaslähtöisyys	12
Laadunhallinnan käytännön kysymyksiä	13
Täydennyskoulutus laadunhallinnan tukena	16
Lähteitä	19
 OSA II Laatupolut	 21
Polku 1. Asiakkaan ääni kuuluviin	22
Mistä polulla on kyse	23
Miksi ja milloin	24
Vaiheita ja valintoja	26
1. Asiakkaiden ja heidän tarpeidensa tunnistaminen	26
2. Keskustelu asiakaspalautteen käyttötarkoituksista	26
3. Tutustuminen erilaisiin palautteen hankinnan menetelmiin	27
4. Palautemenetelmän valinta ja kokeilu	29
5. Kokeilun tulosten hyödyntäminen	30
Entäs sitten?	31
Vielä mietittäväksi	34
Lähteitä	36
Polku 2. Itsearviointilla oma kuva kirkastuu	37
Mistä on kyse	38
Miksi ja milloin	41
Vaiheita ja valintoja	42
1. Päätös itsearviointiin ryhtymisestä	42
2. Menetelmän valinta	42
3. Perehtyminen menetelmään	44
4. Oman itsearviointiprosessin suunnittelu	44
5. Arviointiprosessi	44
6. Tulosten analysointi ja johtopäätökset	45
Entäs sitten	47
Vielä mietittäväksi	48
Lähteitä	49
Polku 3. Arvokeskustelusta laatupolitiikkaan	51
Mistä polulla on kyse	52
Miksi ja milloin	54
Vaiheita ja valintoja	57
1. Arvokeskustelun käynnistäminen	57
2. Arvokeskustelun laajentaminen eri yksiköihin ja ammattiryhmiin	59
3. Arvojen kirjaaminen ja julkistaminen	60
4. Laatupolitiikan laatiminen käyntiin	61
5. Kirjallisen laatupolitiikan julkaiseminen	62

Entäs sitten?	62
Vielä mietittäväksi	63
Lähteitä	64
Polku 4. Projektiosaamista organisaatioon	65
Mistä on kyse	66
Miksi ja milloin	67
Vaiheita ja valintoja	68
1. Projektin aiheen valinta	68
2. Projektin organisointi ja käynnistäminen	69
3. Projektin tarkempi suunnittelu	71
4. Projektin toteutus	72
5. Projektin päättäminen	74
Entäs sitten	74
Vielä mietittäväksi	78
Lähteitä	80
Polku 5. Parempaan käytäntöön hoidossa ja palvelussa	81
Mistä polulla on kyse	82
Laatukriteerit ohjenuorana kehittämistyössä	84
Miksi ja milloin	86
Vaiheita ja valintoja	88
1. Hoito- ja palvelukäytännön kehittämispäätös ja parannettavan käytännön valinta	88
2. Hyvän hoito- ja palvelukäytännön tunnistaminen	89
3. Hoito- ja palvelukäytännön kuvaaminen	90
a) Nykykäytännön kuvaaminen	90
b) Ihannemallin kuvaaminen	91
4a) Nykykäytännön arviointi	92
4b) Nykykäytännön vertaaminen ihannemalliin	92
5. Hoito- ja palvelukäytännön parantaminen	93
6. Parannetun hoito- tai palvelukäytännön vakiinnuttaminen	93
Entäs sitten	94
Vielä mietittäväksi	95
Lähteitä	96
Polku 6. Mittaamalla luulosta tietoon	97
Mistä on kyse	98
Miksi ja milloin	101
Vaiheita ja valintoja	102
1. Mihin meillä mittaamista tarvitaan?	103
2. Mittauskäytäntöjen kartoitus	104
3. Mittarin etsintä tai kehittäminen	105
a) Valmiiden mittareiden etsintä	105
b) Mittarin kehittäminen	106
4. Mittarin käyttöönotto ja mittausmenettelyn vakiinnuttaminen	109
5. Mittaustulosten analysointi ja hyödyntäminen	109
Entäs sitten	110

Vielä mietittäväksi	114
Lähteitä	115
Polku 7. Rohkeasti näytön tielle	116
Mistä polulla on kyse	117
Miksi ja milloin	119
Vaiheita ja valintoja	120
1. Ulkoisten paineiden ja oman tilanteen analyysi	120
2. Olemassaolevien käytäntöjen ja tehdyn laatu työn analysointi	121
3. Oman toimintajärjestelmän kuvaaminen	122
4. Oman toimintajärjestelmän (laadunhallinnan järjestelmän) analyysi	124
5. Eteneminen vaadittuun tai valittuun menetelmään	124
6. Näytön antaminen	125
Entäs sitten?	126
Vielä mietittäväksi	127
Lähteitä	129
OSA III Menetelmät ja työkalut	130
Asiakaspalautemenetelmät	131
Balanced Scorecard	131
Cochrane-tietokanta	132
ISO-laatu järjestelmä ja sertifikaatti	132
ITE – työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä	134
Kelan standardit ja niihin perustuvat arviointimenettelyt	135
Konsulttisopimus	136
Laadunhallintasuositukset	136
Laatukäsikirja	137
Laatutyökalut	138
Laboratorion akkreditointi	140
Laboratorion laaduntarkkailukierrokset	140
Mind map-tekniikka	140
Palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelma ja auditointi (King's fund -menetelmä)	141
Palvelusitoumus	142
Patologian laatutunnus	143
PIENET-laatu järjestelmä	144
QFD eli Quality Function Deployment	144
Suomen laatupalkinto/laatupalkintokriteeristöt	145
SWOT-analyysi	146
Tuplatiimi	147
Valtionkonttorin veteraanikuntoutuksen tarjouskilpailumenettely	148
Vertailukehittäminen (benchmarking)	148

OSA I

Laadunhallinnan lähtökohtia

Tässä osassa pohditaan ensin laadunhallinnan yleisiä lähtökohtia. Erityinen huomio kiinnitetään asiakaslähtöisyyteen ja moniammatillisuuteen, jotka ovat laadunhallinnan keskeisiä periaatteita. Sen jälkeen tarkastellaan niitä laadunhallinnan käytännön kysymyksiä, jotka ovat yhteisiä kaikille kirjassa esitetyille laatu-
poluille. Näitä ovat:

- ☐ oman lähestymistavan valinta
- ☐ laatutyökalut
- ☐ konsultin käytön erityiskysymykset
- ☐ täydennyskoulutus laadunhallinnan tukena
- ☐ muutoksen aikaansaaminen
- ☐ laadun käyttö oman työn markkinoinnissa
- ☐ kehittämishankkeiden tulosten yleistäminen
- ☐ laadunhallintahankkeiden verkottaminen.

Lähtökohtiin ja käytännön kysymyksiin liittyvät laadunhallintamenettelyt, menetelmät ja työkalut on koottu omaksi luvukseen kirjan loppuun. Tekstissä on kirjoitettu *kursiivilla* ja viitattu merkillä * niihin menettelyihin tai menetelmiin, joita on tarkemmin kuvattu kirjan Menetelmät ja työkalut -osassa (Osa III).

Laadunhallinnan lähtökohtia

Laadunhallintaan sisältyy toiminnan johtamista, suunnittelua, mittaamista ja arviointia sekä parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laadunhallinnan taustalla oleva ajattelutapa on nostanut keskeisiksi kehittämistavoitteiksi asiakaslähtöisyyden parantamisen, prosessiajattelun omaksumisen, johtamisen ja henkilöstön kehittämisen sekä toiminnan tehokkuuden ja tuloksellisuuden. Laadunhallinnan motiivit ovat ensisijaisesti työyhteisön sisäisiä: halutaan parantaa omaa toimintaa.

Ulkoisilla paineilla on kuitenkin yhä enemmän merkitystä palveluja tuottavissa organisaatioissa esimerkiksi silloin, kun kilpailu kiristyy. Myös palvelujen tilaajat vaativat tuottajilta laadun osoittamista. Ostopalvelusopimuksiin liitetään yhä useammin oma kohtansa laatukriteereille. Laadunhallinta on myös uskottavuuskysymys. Toiminnan dokumentointi ja kuvaaminen ovat keskeisiä edellytyksiä toimintajärjestelmän arvioinnin ja kehittämisen sekä läpinäkyvyyden kannalta. Tavoiteltujen tulosten saavuttamista varmistavat selkeät ja toimivat organisaatorakenteet, vastuut, keinot ja ohjeistot sekä optimaaliset voimavarat.

Laadunhallinnan ydinajatus on toimintajärjestelmän kehittäminen. Kuulostaa järkevältä ja yksinkertaiselta, mutta ei aina ole helppoa: vaihtoehtoisia menetelmiä ja valinnan mahdollisuuksia on runsaasti. Käytännön vaihtoehtoja on usein haettava eri suunnista. Eri lähestymistavoille on tukijansa ja vastustajansa. Puuttuva tutkimustieto laadunhallintamenetelmien toimivuudesta vielä lisää valinnan vaikeutta.

Palvelun hyvän laadun vaatimus on tullut jäädäkseen. Sekä julkis- ja yksityisten palvelujen tuottajien on kyettävä osoittamaan toimintansa laatu erityisesti asiakkaan kokemana. Samalla lisääntyvät sosiaali- ja terveydenhuollossa tehostamis- ja tuotteistamisvaatimukset sekä kilpailu. Yhteiskunnallisissa palveluissa on kilpailun ja hinnan lisäksi mukana kuitenkin myös yhteiskunnallisia tavoitteita. Ne vaikuttavat toiminnan järjestämiseen, etiikkaan, arvoihin ja jossain määrin myös kustannuksiin, kun tavoitellaan kansalaisten tasa-arvoa ja palvelujen tasaista saatavuutta maassa.

Ensimmäisessä laadunhallintasuosituksessa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta (Laadunhallinta 1995) esiteltiin kolme periaatetta:

1. Laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä.
2. Asiakaslähtöisyyden tulee olla laadunhallinnan painopiste.
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta toteutetaan tiedolla ohjaamisella.

Samat periaatteet ovat edelleen tärkeitä ja ajankohtaisia. Uudistetussa valtakunnallisessa suosituksessa (Sosiaali- ja terveydenhuollon ... 1999) kannustetaan ottamaan asiakkaat mukaan vielä aiempaa painokkaammin. Johto nähdään laadun luotsaajana ja henkilöstö hyvän laadun edellytyksenä. Edellistä suositusta vahvemmin kiinnitetään huomiota ehkäisevän toiminnan sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen laadunhallintaan. Laatutyössä korostetaan sisäisten ja ulkoisten prosessien hallintaa sekä järjestelmällisyyttä, joihin voidaan pyrkiä eri menetelmin. Laatukriteerit tuodaan esille tärkeinä laadunhallinnan välineinä.

Kukin työyhteisö tai yksin toimiva ammattilainen joutuu itse harkitsemaan, millaisin arvoin laatua edistetään ja mille tasolle laatuvaatimukset asetetaan. Pyritäänkö tavanomaiseen työhön vai huippusuoritukseen? Tarvitaanko palvelujen yhdenmukaistamista vai räätälöintiä vai yhtä aikaa molempia? Samoin joudutaan joka työyhteisössä valitsemaan omat laadunhallinnan lähestymistavat ja päättämään, työstetäänkö valintoja omin keskusteluin, konsultin avulla vai otetaanko ehkä käyttöön valmis toimintamalli.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä voidaan tehdä pienimuotoisia laadun parantamishankkeita vähin lisäkustannuksin. Ei ole kuitenkaan realistista luvata laatutyön toteutumista ilman minkäänlaista lisäpanostusta. Erityisesti tarvitaan sekä johdon että henkilökunnan aikaa ja mahdollisesti lisätyövoimaa korvaamaan laatutyöhön irroitettujen henkilöstön työpanosta. Laadunhallinta saatavaa vaatia koulutusta tai kehittämishankkeen käynnistämistä ja joskus myös ulkopuolista asiantuntija-apua. Käytännössä on koettu hyödyllisinä määräaikaisten kehittämishankkeiden, joissa on koulutuksen, välitehtävien, itseopiskelun yhteisen työskentelyn keinoin tuotettu yhteistä näkemystä ja ratkaisuja.

Moniammatillisuus

Tänä päivänä auttamis- ja palvelutyö on yhä useammin moniammatillista työtä, jossa toimitaan moniammatillisena ryhmänä asiakkaan parhaaksi. Kyse voi myös olla erilaisten ammattilaisten työpanoksen koordinoimisesta asiakkaan hyväksi. Asiakkaan saaman palvelun laadun näkökulmasta on tärkeää, että laadunhallintakäytännöt luodaan yhdessä

Moniammatillisuuden merkitys korostuu muun muassa rakennettaessa saumattomia palveluketjuja. Näissä on kyse palvelujen järjestämisestä asiakkaiden kannalta mahdollisimman joustaviksi. Palveluketju muodostuu asiakkaan siirtymässä toimipisteestä toiseen, osastolta toiselle, laitoksesta kotiin, työntekijältä toiselle jne. Joustavuuden ja sujuvuuden takaamiseksi on paikannettava ja poistettava katkokset, turha odottaminen, päällekkäisyys ja palvelutyhjiöt sekä sovitettava selkeästi vastuut. Saumattomuus tarkoittaa eri ammattilaisten, ammattiryhmien, työyksiköiden ja toimintapisteiden toiminnan laadun ja sujuvuuden varmistamista niin, että se on asiakkaan kannalta saumatonta. Tämä on vaativa tavoite ja edellyttää palveluketjuissa ja palveluprosesseissa tapahtuvien pysähdysten, katkoksen ja muiden ongelmien yksityiskohtaista analysointia sekä ongelmien poistamista. Palveluketjuihin sisältyviä prosesseja voidaan kehittää

laadukkaasti vain moniammatillisissa työryhmissä. Oleellista on työnjaon selkeyttäminen ja siitä sopiminen.

Asiakaslähtöisyys

Asiakas-käsite on laadunhallinnassa monessa käytössä. Sillä tarkoitetaan ensisijaisesti palveluja käyttävää ja palveluista maksavaa asiakasta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelun maksaa kuitenkin usein muu kuin palvelun käyttäjä. Palvelun maksaja tai rahoittaja (esimerkiksi kunta) on myös tärkeä asiakas. Palvelun tilaajat, yhteistyökumppanit ja toisen toimipisteen työntekijät voidaan myös nähdä asiakkaina. Tilaaja tai rahoittaja määrittelee taloudelliset kehykset, joissa on toimittava ja asettaa hoidon tai palvelun laadulle vaatimuksia. Palvelujen käyttäjän ja muiden asiakkaiden tarpeet ja odotukset saattavat olla keskenään ristiriitaisia. Niiden tasapainottaminen keskenään vaatii taitoa ja näkemystä organisaatiolle tärkeistä asioista.

Haluamme tässä kiinnittää erityistä huomiota palvelun käyttäjään asiakkaana. Hyvää asiakaspalvelua ja asiakkaiden tarpeisiin vastaamista kuvataan useilla käsitteillä, kuten asiakaskeskeisyys, asiakaslähtöisyys, asiakasjohtaisuus tai asiakasnäkökulma. Kaikilla haetaan laajasti ottaen samaa asiaa.

Tässä kirjassa asiakaslähtöisyys tarkoittaa organisaation koko toiminnan suunnittelua siten, että palvelua saava asiakas on ytimessä. Hän on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Toimintaa toteutetaan ja asiakaslähtöisyyttä kehitetään kuitenkin annettujen voimavarojen puitteissa. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan kannalta. “Entäpä, jos minä olisin tuo asiakas, miten haluaisin toimittavan” -ajatus voi olla hyvä perusta. Erityisen tärkeää palvelujen käyttäjien kannalta on ottaa huomioon tilanteet, joissa palvelua saavan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ovat alentuneet.

Asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen varmistavat asiakaslähtöisen toiminnan toteutumista. Näitä käsitellään asiakaspalautepolulla. Palvelun antamiseen tulee kuulua asiakasta ‘valtaistava’ (empowerment) tavoite. Asiakaslähtöisyys edellyttää asiakaspalautekanavien lisäksi asiakkaan valtaistumista edistäviä kanavia ja entistä yhteistoiminnallisempia toimintatapoja. Tällaisia voivat olla palveluja käyttävien paneelit ja asiakasneuvostot sekä asiakkaiden ottaminen mukaan toiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin, prosessien arviointiin ja palautteiden pohjalta tapahtuvaan prosessien parantamiseen. Aidossa asiakaslähtöisyydessä on sisäistetty näkemys, että organisaatio on olemassa asiakkaiden tarpeita varten ja heitä kuunnellaan jatkuvasti herkillä korvalla. Lisäksi luodaan välineet, joilla myös heikot toiminnan sujuvuutta ja laatua parantavat signaalit tavoitetaan. Tämä on kova vaatimus organisaation toiminnalle, koska se saattaa kyseenalaistaa entisiä, tuttuja työn tekemisen tapoja.

Laadunhallinnan käytännön kysymyksiä

Oman lähestymistavan valinta

Laadunhallinnan menetelmien tai lähestymistavan valinnassa on olennaisinta lähteä työyhteisön tai organisaation keskeisestä kysymyksestä tai ongelmasta, joka halutaan ratkaista. Lähestymistavan olisi annettava aidosti vastauksia juuri oman organisaation kysymyksiin. Valintaan vaikuttavat sekä sisäiset paineet että toimintaympäristöstä tulevat ulkoiset paineet. Vaikuttava tekijä on organisaation lähtötilanne: toimiala, koko, osaaminen, resurssit sekä mahdollisuudet käyttää ulkopuolista konsulttia. Näitä on syytä analysoida tarkastelemalla ulkoisten ja sisäisten paineiden keskinäistä merkitystä laadunhallintatyössä. Valinta on hyvä tehdä työyhteisössä yhdessä. On myös hyödyllistä tunnistaa ja analysoida omassa organisaatiossa aiemmin tehty laatutyö ja erilaiset projektit. Se kannustaa ja laajentaa näkemystä, muistuttaa jo olemassa olevasta osaamisesta ja varmistaa, ettei tehdä turhaa, päällekkäistä työtä.

Rahoittaja tai yhteistyökumppani saattavat sanella ulkopuolelta laadunhallinnan menetelmät tai lähestymistavat. Valittavaan lähestymistapaan voivat ulkopuolelta vaikuttaa myös yleiset suuntaukset ja markkinamekanismit. Laadunhallinnan menetelmien ja järjestelmien suhteen on mielipide-eroja. Laadunhallinnan menetelmät voivat olla kaupallisia toimintamalleja, joita markkinoidaan eri tavoin. Aggressiivisen markkinoinnin edessä on syytä varauksellisuuteen ja tuumaustaukoon, jolloin voidaan tarkastella viileämmin esitellyn lähestymistavan hyötyjä, luvattuja tuloksia sekä kustannuksia. Voi olla tarpeen ottaa selvää, mitä samantyyppisissä työyhteisöissä muualla on tehty. Tässä apuna voi olla muun muassa Stakesin laatukirjallisuuskoonnos, verkostolehdet ja projekteista julkaistut raportit.

Moderni laatuajattelu painottaa koko organisaation sitoutumista laatuun. Tämä merkitsee riittävää yksimielisyyttä yhteisistä arvoista, joiden pohjalta yhteiseen päämäärään pyrkiminen on mahdollista. Palveluja antavassa työyhteisössä voi olla tarpeen keskustella yhdessä, mihin tavoitteisiin, arvoihin ja eettisiin sitoumuksiin ollaan kiinnitytty. Riittävät yhteiset arvot merkitsevät sitä, että arvot operationaalistetaan käytännön toimintaan. Tämä tarkoittaa muun muassa keskustelun käymistä siitä, miten valitut arvot näkyvät arjen työssä. Kyse on usein yksinkertaisista, mutta asiakkaan kannalta tärkeistä asioista, jotka ilmentävät organisaation ihmiskäsitystä ja palveltavan ihmisen kunnioittamista. Tämä edellyttää koko organisaation koulutusta.

Yhä enemmän laatutyötä opitaan tekemään ja tehdään organisaation sisällä. Tueksi voidaan hankkia ulkopuolista koulutusta tai annetaan vastuuta sisäisille konsulteille.

Laatutyökalut

Sekä projektityöskentelyä että laadun parantamistyötä tehostetaan ja helpotetaan erilaisilla **laatutyökaluilla*. Nämä muussakin kehittämistyössä käytetyt työkalut on otettu viime vuosina käyttöön laadun parantamisessa. Monet työvälineet ovat graafisia tekniikoita, joilla käytännön toiminnasta kerättyyn tietoon sisältyviä viestejä havainnollistetaan ja visualisoidaan. Työkalujen avulla kehittämisryhmä pystyy toimimaan tehokkaasti, oppii esimerkiksi tuntemaan parannettavan työprosessin, kerää tietoja työprosessista ja tunnistaa ja analysoi ongelmia sekä valitsee ratkaisuvaihtoehdot ja ylläpitää saavutetun parantamistuloksen. Lähes kaikkia työkaluja voidaan käyttää paitsi parannusprojektin eri vaiheissa, myös muunkintyyppisen laatutyön yhteydessä.

Esimerkkejä laatutyökaluista:

- ☐ seinätekniikka
- ☐ aivoriihi (brainstorming)
- ☐ äänestys (multivoting)
- ☐ prosessikartta ja vuokaavio (flow chart)
- ☐ tarkistuslista (check sheet)
- ☐ syy-seurauskaavio (Ishikawa-kaavio; fishbone diagram)
- ☐ Pareto-analyysi ja -kaavio
- ☐ mittauskortti (run chart; measurement chart)
- ☐ PDCA-sykli (Demingin ympyrä).

Laatutyökaluista on olemassa jo runsaasti hyvätasoista lähdemateriaalia. Siksi tämän kirjan menetelmäosassa (Osa III) on edellä mainitut työkalut on kuvattu vain lyhyesti. Niiden käyttöä erilaisissa tilanteissa kuvataan runsaimmin projektipolun yhteydessä.

Tehdäkö itse vai käyttääkö konsulttia

Organisaatio voi valita, toteuttaako laadunhallintaan tähtäävän muutostyön itse vai käyttääkö apuna konsulttia. Itse tekemisellä on hyviä puolia ja riskejä. Hyviin puoliin kuuluu se, että saatu oppi ja osaaminen jää organisaatioon, kun tunnetaan olosuhteet ja tarpeet. Itse tekeminen voi olla taloudellisempaa kuin konsultin käyttö. Itse tekeminen ja puurtaminen voi syventää muutosta ja sitouttaa paremmin suunniteltuun muutokseen. Riskejäkin on. Itse ei ehkä nähdä ongelmien syitä ja yhteyksiä, kun ollaan niissä liian sisällä. Muutosvastarinta voi aktivoitua vahvemmin, ellei johto perustele muutoksen tarvetta hyvin. Saatetaan ottaa käyttöön menetelmiä, joita ei tunneta riittävästi tai valitaan kritiikittömästi joku menetelmä, jolloin analyttisyys unohtuu.

Kun palveluissa on kyse voimavarojen käytön uudesta suuntaamisesta, tehostamisesta ja muutosten tekemisestä, saattaa ulkopuolinen katse, kysely ja ihmettely sekä valtasuhteitakin esille nostava ulkopuolinen välittäjä olla tarpeen. Ulkopuolisen, eri osapuolten intressejä välittävän konsultin mukanaolo saattaa olla

hyödyllistä neutraloimassa tavoitteiden saavuttamiseksi valittuja toimia, jos esimerkiksi tehokkuuden ja taloudellisuuden vaatimukset korostuvat.

Konsultaatio lähtee siitä, että työyhteisö haluaa ulkopuolisen tahon arvioimaan ja kehittämään palvelujaan. Konsultilla voi olla monia rooleja: hän voi olla visioija, kouluttaja, ulkopuolinen koordinaattori, ideoija, välineiden tuoja ja niiden käyttöönottaja, johdon tuki hankkeen läpiviennissä tai ongelmien ratkaisija. Konsultti ei tee päätöksiä. Ongelmanratkaisuun sitoutuminen koskee kaikkia, mutta erityisesti johtoa, jonka vastuulla on ongelman ratkaisun läpivienti. Henkilöstön ja johdon suhteen avoimuus parantaa tavoitteeseen pääsemistä, sillä työntekijät tuottavat muutoksen. Johto ei niitä yksin voi tehdä.

Konsultin käytöllä on sekä etuja että riskejä. Konsulttia voidaan käyttää ulkopuolisena muutoksen hallinnassa, jolloin organisaation sisäiset valta- ja hierarkiasuhteet voivat olla helpommin hallittavia. Konsultista voi olla apua uusien tilanteiden ja uuden tiedon etsimisessä, realiteettien ja objektiivisuuden tulkinnaissa sekä ymmärryksen lisäämisessä laajemmin. Konsultti voi tuoda valmista asiantuntemusta ja soveltamisen opetusta, jos hänellä on syvällistä tietämystä ja osaamista sosiaali- ja terveysalan ja laadunhallinnan kysymyksistä. Hänestä voi olla hyötyä ryhmätyötapojen oppimisessa ja erilaisten uusien oppimismenetelmien tuomisessa organisaatioon. Hän voi olla prosessin ohjaaja ja auktorisoitu tehtävien antaja. Konsultti voi myös tuoda uusia näkökulmia, lähestymistapoja, joille organisaatio sisäpuolisena on sokea. Riskinä on suuret lupaukset, kalliit kustannukset ja mahdollisesti etäälle jäävät tulokset. Organisaatio voi heittäytyä konsultin vastuulle, jolloin oma osaaminen eri syvenny eikä prosessi jatku, kun konsultti lähtee hankkeesta.

Konsultti on eräänlainen neutraali ulkopuolinen. Hän on myös palvelija, joka on pyydetty siksi, että hänellä on tietoa ja osaamista, josta organisaatiolle on hyötyä. Konsulttia valitessaan tilaajalla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, mil-laista asiantuntijuutta se saa. Konsulttia voidaan myös tarvita hahmoteltaessa palvelujärjestelmän kehittämisstrategiaa pidemmällä aikavälillä, katsottaessa pidemmälle tulevaisuuteen ja arvioitaessa, ollaanko oikealla kehittämistiellä ja mitä vaihtoehtoja on valittavana tulevaisuuden laadunhallinnan suhteen.

Konsultin asiantuntemus on usein sitä, että hän välittää ratkaisuja ja toimintamalleja työyhteisöstä toiseen. Tämä ammattitaitovaatimus voi vaatia analysoijan, kouluttajan, tasapainottajan ja tutkijan asennoitumista, kun pyritään löytämään kriittisesti tekijät, joista hyvät ratkaisut muodostuvat ja ne edellytykset, joilla ne ovat siirrettävissä. Konsultin kokemuksen välittämiseen liittyy paljon kirjoittamatonta ja enemmän kokemukseen ja intuitioon kuin tutkittuun tietoon perustuvaa analyysia. Monet tärkeät konsultin esittämät kehittämisvaihtoehdot ovat saattaneet ituna elää organisaatioissa. Konsultti tuo näitä esiin, antaa niille uusia perusteluja, tulkitsee niitä uudella tavalla ja kehittää niitä. Konsultin valintaa tarkastellaan tarkemmin Osassa III * *konsulttisolimuksen* yhteydessä

Organisaation ulkopuolisten konsulttien käyttäminen on nykyisin eräänlainen muoti. Organisaation sisällä olevan oman asiantuntemuksen ja näkemysten esille nostaminen, vahvistaminen ja tukeminen voi kuitenkin olla tärkeämpää kuin asiantuntemuksen tuominen ulkoa.

Täydennyskoulutus laadunhallinnan tukena

Laadunhallinnan tueksi tarvitaan täydennyskoulutusta. Perinteinen kurssimuotoinen koulutus on suhteellisen halpa ja yksilöllisen tiedonvälityksen kannalta käyttökelpoinen ja tehokas menetelmä. Toisaalta sen edullisuus ja tehokkuus voi olla kyseenalaista, jos osaaminen ei siirry koulutukseen osallistujalta organisaation muulle henkilökunnalle. Organisaatioon sisään tuotu koulutus tavoittaa usein paremmin ja taloudellisesti edullisemmin koko henkilöstön.

Vaikka koulutustarjontaa on, saattaa sen soveltuvuus organisaation määrittelyihin tarpeisiin saattaa olla ongelmallinen. Kurssimuotoisessa koulutuksen etuna on tehokas tiedon välitys suurellekin ryhmälle, mutta asenteiden ja osaamisen kehittäminen kurssimuotoisesti on rajallista.

Koulutuksen vaikuttavuus ja vastaavuus todelliseen koulutustarpeeseen on parempi, kun täydennyskoulutus räätälöidään. Myös uuden tiedon tai kulttuurin siirtyminen käytäntöön, laadunäkemyksen sisäistyminen sekä erilaisten laadunhallinnan välineiden omaksuminen voi olla tehokkaampaa, kun koulutus suunnitellaan oman organisaation tarpeisiin. Teho paranee, jos koulutukseen osallistuu koko työyhteisö tai laaja osa työyhteisöä. Koulutuksella tulee olla suora yhteys käytännön toimintaan, jolloin omaa toimintaa voidaan arvioida koulutuksen valossa. Näin koulutus toimii laadun parantamistyön resurssina. Vaikuttavien hankkeiden läpivienti edellyttää kuitenkin hankkeiden ja koulutuksen rajausta ja huolellista suunnittelua.

Laadunhallinnan kehittämisessä täydennyskoulutus voidaan toteuttaa myös samantyyppisten hankkeiden yhteiskoulutuksena, jolloin verkostomainen koulutus- ja toimintatapa edistää tiedon kumuloitumista ja kokemusten vaihtoa. Käytännön toiminta tapahtuu yhä useammin verkottuneessa toimintaympäristössä, jossa esimerkiksi sujuvien palveluketjujen toteutuminen voi edellyttää asiakasta eri tahoilla hoitavien yhteistä kouluttautumista. Verkottavalla täydennyskoulutuksella saattaa luovasti käytettynä olla sisällöllisten hyötyjen lisäksi myös koulutuksen kustannuksia hallitseva merkitys.

Muutoksen aikaansaaminen

Aito muutos on vaativa prosessi eikä se tapahdu ilman huolellista suunnittelua ja määrätietoista muutoksen johtamista. Aidossa muutoksessa on tärkeää, että kaikki ovat mukana: johto, henkilöstö ja asiakkaat ja potilaat. Muutos on helppo toteuttaa, jos osallistujat näkevät sen tuoman hyödyn. Ristiriitaisissa intresseissä sitoutumista ei aina ole helppo aikaansaada. Muutoksen näkyminen asiakkaiden ja potilaiden palvelun parantumisena on olennainen muutoksen toteuttamista helpottava tekijä.

Muutos on johtajan tehtävä. Häneltä edellytetään suunnitelmallista työtettä ja myös epävarmuuden sietokykyä, ennakkoluulotonta tulevaisuuteen suuntautumista ja toimintaa tässä ja nyt. Edelleen johtajalta edellytetään toimintatapaa, jossa henkilöstö voi osallistua hankkeen ja muutoksen suunnitteluun ja läpivien-

tiin. Työpaikkailmapiiirillä ja henkilöstön kohtelulla on suuri merkitys sille, miten henkilökunta sitoutuu ja motivoituu laadun kehittämiseen ja ennen kaikkea muutoksen läpiviemiseen. Yhteistoiminnallinen työtapa – osallistaminen ja keskustelu – saa ihmiset toimimaan. Muutoksen johtajan on myös omalla käyttäytymisellään osoitettava arvostavansa muutosta: oltava siinä näkyvästi mukana, seisottava tehtyjen päätösten takana ja muutettava myös omaa toimintatapaansa.

Muutoksen mittakaava voi vaihdella: joskus kyse on yksittäisen ongelman ratkaisun toteutuksesta, joskus koko organisaation ajattelu- ja toimintatavan muuttamisesta. Riippumatta muutoksen laajuudesta voi onnistumisen edellytyksiä ja seurauksia niiden puuttumisesta kuvata seuraavaan tapaan:

Onnistumisen edellytykset

Selkeä tarve
Innostava visio
Johdon sitoutuminen
Osataan myös luopua
Haastavat tavoitteet
Selkeät suunnitelmat
Riittävät kehittämisresurssit
Riittävä kehittämisosaaminen
Muutosta osataan johtaa
Muutos myös toteutetaan
Muutos viedään loppuun
Oikeat arvot ratkaisevat
(Tuominen K. 1999.)

Seuraus edellytysten puutteesta

Kehittämiseen ei panosteta
Kehittämisenostus puuttuu
Muutkaan eivät sitoudu
Kehittäminen tukehtuu
Ei johda mihinkään merkittävään
Kehittäminen ei edes käynnisty
Johtaa vain näpertelyyn
Johtaa vain turhautumiseen
Johtaa vain kaaokseen
Uskon ja luottamuksen menetys
Paluu vanhaan aikaan
Tukehtuu ohjaukseen ja valvontaan

Muutosta eteenpäin vievät voimat tulisi tunnistaa ja vahvistaa niitä. Kun ajatellaan toivotun muutoksen kaikkia puolia, luova ajattelu vahvistuu. Se kannustaa ymmärtämään muutoksen tekijöiden suhteita ja ryhmän merkitystä.

Laadun käyttö oman työn markkinoinnissa

Laadukkaaksi osoitettu työ on organisaation käyntikortti ulospäin. Se on markkinoinnin väline, jonka on perustuttava näyttöön ja realistisiin lupauksiin tuloksesta. Katteettomat lupaukset lyövät rajusti takaisin. Menetetty maine on vaikea palauttaa. Laadunhallinnan työkalujen esittely toimintaesitteessä voi olla uskotavuutta ja luotettavuutta lisäävä markkinoinnin väline vain, jos se perustuu tosiasioiden. Uskotavuutta tarvitaan moneen suuntaan: asiakkaille, tilaajille, sosiaaliselle toimintaympäristölle, yhteistyökumppaneille, omalle henkilöstölle ja luottamushenkilöille.

Organisaation omaksuma laatuajattelu on tulevaisuudessa kenties yhä tärkeämpi kilpailutekijä uuden henkilökunnan hankinnan yhteydessä. Silloin, kun työvoimaa on vaikea saada, on tärkeää osata kertoa heille oman organisaation toiminnan laadusta ja laadunhallintamenettelyistä.

Kehittämishankkeiden tulosten arviointi ja yleistäminen

Laadun parantamiseen tähtääviä kehittämishankkeita on aina arvioitava. Vain näin tiedetään, saavutettiin asetetut tavoitteet. On syytä myös miettiä, keiden kannalta arviointi on tärkeää ja muodostaa arviointikysymykset tämän analyysin pohjalta. Joka tapauksessa arviointi on tarpeen suunnitella jo hankesuunnittelun yhteydessä. Hankkeen arviointia varten luodaan arvioitavat tavoitteet ja kirjaetaan ne siten, että niiden toteutumista voidaan arvioida. Arviointia voidaan tehdä organisaation sisäisenä arviointina. Se voidaan tehdä myös ulkopuolisen tekemänä ulkoisena arviointina. Molemmissa tapauksissa arviointi voidaan tehdä eri intressitahojen, kuten asiakkaiden, työntekijöiden, johdon, yhteistyökumppaneiden, rahoittajien näkemyksiä esille nostamalla ja arvioiden. Tällaista arviointia kutsutaan monitahoarvioinniksi.

Kehittämistoiminta tapahtuu yleensä ainutkertaisissa oloissa. Kuitenkin osa tuotoksia voidaan yleistää muihin yhteyksiin. Yleistettävä osa ratkeaa usein hyvin käytännöllisesti: käyttökelpoinen aines yleistyy, muu ei. Yleistämistä voidaan edistää parantamalla tulosten saatavuutta ja käyttäen sellaisia kanavia, joilla tavoitetaan mahdollisimman suuri yleisö. Kehittämistoiminnan tulokset ovat vain poikkeustapauksissa siirrettävissä sellaisinaan, koska kehittämistoiminta on prosessiluontoista ja näin myös tulokset ovat sitä. Siirtämiseen tarvitaankin sensitiivisyyttä ainutkertaisen ja yleistettävän erottamiseksi. Tiedon välittämisen kanavia voivat olla muun muassa verkostot, verkosto- ja ammattilehdet, oman hankkeen esittely kongresseissa ja laatuseminaareissa.

Laadunhallintahankkeiden verkottaminen

Laadunhallintahankkeet voivat verkottua paikallisesti, alueellisesti tai laajemmin. Verkosto-organisointumisen edellyttää joustavuutta ja tiivistä kommunikaatiota. Verkosto on hyvä väline kontaktien ja vuorovaikutuksen ylläpidosta kiinnostuneiden kesken. Verkostoilla haetaan joustavuutta, moniammatillista työotetta ja pyritään irti hierarkkisista malleista. Verkoston taustaidean määrittelevät jäsenet itse. Näin sitoutuminen mielekkäänä koetun teeman kehittelyyn paranee. Verkostoissa oppiminen perustuu moniäänisyyteen ja eriävien mielipiteiden hyväksikäyttöön, vuoropuheluun ja riskinottoon, jossa kokeillaan uusia ratkaisuja.

Hyvin toimivat verkostot perustuvat osallistujien vapaaehtoiseen sitoutumiseen. Toimijoiden itsenäisyyteen liittyy vastuu ja valta toiminnan toteuttamisesta, informaation valinnasta ja käyttämisestä. Verkostotyyppisessä työskentelytavassa paikallinen toimija saa tukea kehittämispyrkimyksilleen liittymällä paikalliseen, alueelliseen tai valtakunnalliseen hankkeeseen tai samantyyppisiä hankkeita toteuttaviin verkostoihin. Toimijoilla on oman alueensa substanssiasiantuntemusta, mutta he saattavat hyötyä yhteisestä menetelmäkoulutuksesta tai keskinäisestä kokemusten jakamisesta metodin soveltamisessa. Verkostomainen työskentelytapa on joustava, mutta edellyttää sitä, että osallistujat vastaavat ver-

koston elävänä säilymisestä. Verkosto näyttää edellyttävän ideaa kantavia aktivisteja.

Lähteitä

Buhanist P, Immonen S. Realismia johtamiseen. Työelämän tutkimus 1996 7(1): 30–34.

Hölttä T, Savonen M-L. Muutosvoimana laatujohtaminen. Oy Edita Ab, Helsinki 1997.

Kivimäki-Kuitunen A, Hedman L. Laatua tekevät ihmiset. Mermerus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1997.

Kokko S, Lehto J. Konsultaatiosta. Julkaisussa: Uusitalo H. (toim.). Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana. Kokemuksia ja kehitysnäkymiä. Aiheita 11/1999. Stakes. Helsinki 1999.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan sisällöstä ja järjestämisestä. Stakes, Gummerrus. Jyväskylä 1995.

Outinen M, Holma T, Lempinen K. Laatu ja asiakas. Laatu työskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva 1994.

Salo S, Leisti S. Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1994.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Toim. Outinen M, Lindqvist T. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Gummerus, Jyväskylä 1999.

Tuominen K. Muutoshallinnan mestari. 4. uusittu painos. Laatu keskus. Helsinki 1999.

Uusitalo H. (toim.) Stakes sosiaali- ja terveysalan informaatio-ohjaajana. Kokemuksia ja kehitysnäkymiä. Aiheita 11/1999. Stakes. Helsinki 1999.

OSA II

Laatupolut

1. Asiakkaan ääni kuuluviin
2. Itsearvioinnilla oma kuva kirkastuu
3. Arvokeskustelusta laatupolitiikkaan
4. Projektiosaamista organisaatioon
5. Parempaan käytäntöön hoidossa ja palveluissa
6. Mittaamalla luulosta tietoon
7. Rohkeasti näytön tielle

Seitsemän laatupolkua kuvataan seuraavasti:

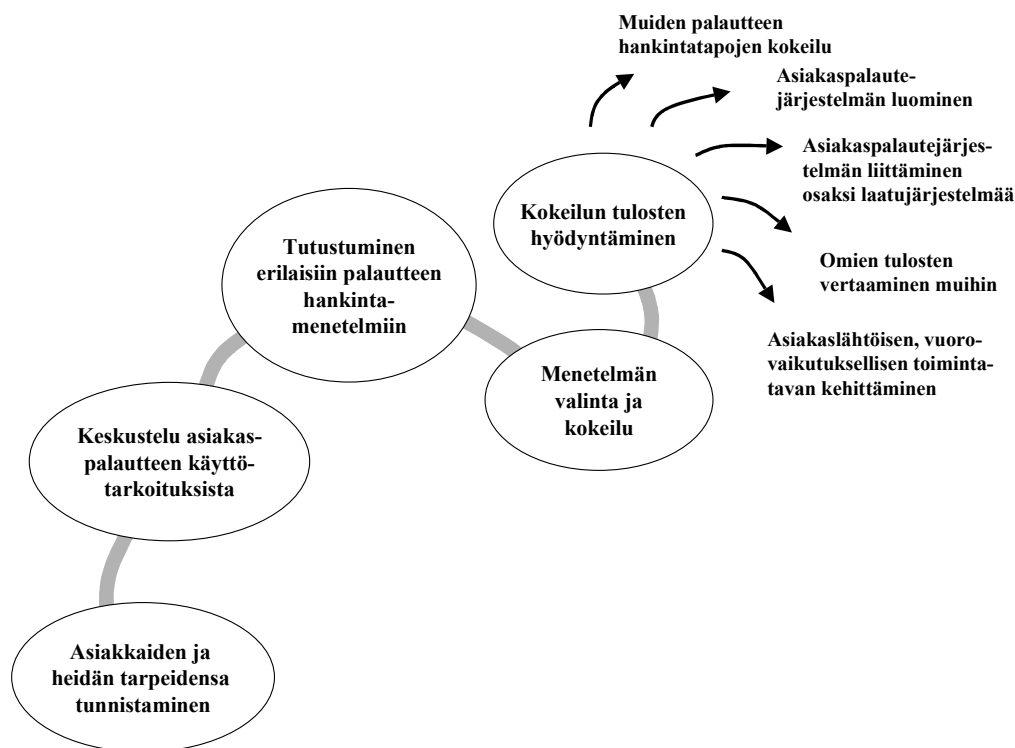
- ☐ mistä polulla on kyse
- ☐ miksi ja milloin laatupolulle lähdetään
- ☐ polun vaiheita ja valintoja
- ☐ polulta aukeavia visioita ja jatkomahdollisuuksia ‘entäs sitten’ -osassa
- ☐ vielä mietittäväksi aiheellisia asioita sekä
- ☐ luvun lähteitä.

Kunkin polun vaiheet ja jatkomahdollisuudet on myös tiivistetty kuvaksi. Polkujen kuvauksissa on viitattu kirjan menetelmäosaan (Osa III) *-merkityllä ja *kursivoiduilla* hakusanoilla.

Polku 1

Asiakkaan ääni kuuluviin

Ensimmäisenä laatupolkuna kuvataan asiakaspalautteen hankinnasta käynnistyvä polku – onhan asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin vastaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtävä. Asiakkaan arvio ja palaute saamansa palvelun ja hoidon laadusta on pohja palvelujen suunnittelulle ja kehittämiselle. Asiakaspalautepolku voidaan valita laadun kehittämisen tieksi muun muassa silloin, kun halutaan muuttaa toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Palautteen hankintaan voi tulla paineita myös palvelujen ostajan tai rahoittajan taholta. Asiakaspalautteen hankkiminen yhdellä tavalla voi synnyttää tarpeen luoda laajempi asiakaspalautejärjestelmä. Asiakaspalautepolulle voidaan lähteä aivan laatu-työskentelyn alussa, mutta yhtä hyvin jo pidempään laatutöitä tehneenä. Asiakkaiden ja heidän tarpeidensa tunnistaminen, asiakaspalautteen käyttötarkoituksen täsmentäminen, tutustuminen erilaisiin palautteen hankintamenetelmiin, menetelmän valinta ja kokeilu sekä kokeilujen tulosten hyödyntäminen ovat esimerkkejä asiakaspalautepolun vaiheista. Kannattaa tutustua kirjallisuuteen, oppia tuntemaan hyvin oma asiakaskuntansa ja käyttää riittävästi aikaa suunnitteluun, jotta polulla eteneminen tapahtuisi oman asiakaskunnan ja työyhteisön parhaaksi.



Mistä polulla on kyse

Tälle polulle on tunnusomaista huomion kiinnittäminen asiakkaaseen ja asiakkaan kokemusmaailmaan. Asiakslähtöisyys on viime vuosina noussut keskeiseksi toiminnan ohjauksen periaatteeksi. Tärkeänä pidetään asiakaspalautteen hankkimista ja hyödyntämistä. Palaute asiakkailta ymmärretään keinoksi lisätä asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia sekä välineeksi arvioida toimintatapaa. Palaute asiakkailta on myös tärkeä osa laadunhallintaa. Harkittavaksi tulevat palautteen hankkimisen tavat ja palautteen hyödyntäminen.

Asiakaspalautteella tarkoitetaan kaikkea eri asiakkailta hankittua/välittyvää tietoa, mielipiteitä, kannanottoja siitä, mitä hän odottaa, mitä tarvitsee, miten haluaa organisaation toimivan/itseään hoidettavan ja miten hänen mielestään siinä on onnistuttu.

Asiakkailla tässä yhteydessä tarkoitetaan palveluja käyttävien asiakkaiden lisäksi potentiaalisia palvelun käyttäjiä (väestö), omaisia, maksajia ja tilaajia, sidosryhmiä, palveluketjun muita toimijoita, palveluprosessin sisäisiä asiakkaita (organisaatiossa) ja alihankkijoita/palvelujen toimittajia. Tärkeää on muistaa ja tuoda ilmi, kenestä asiakkaasta kulloinkin puhuu.

Asiakaspalautemenetelmä on keino, tekniikka tai tapa, jolla asiakkaista ja heidän odotuksistaan, tarpeistaan sekä palvelukokemuksistaan otetaan selvää.

Asiakaspalautejärjestelmä on se tapojen ja menetelmien kokonaisuus, jolla organisaatio systemaattisesti tunnistaa, kerää, käsittelee ja hyödyntää asiakaspalautetta.

Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan toiminta- ja ajattelutapaa, jonka perustana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sellaisina kuin asiakas ne ilmaisee. Asiakslähtöisesti toimittaessa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Asiakslähtöinen organisaatio edellyttää todellista asiakkaan mukaanottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. Toiminta vastaa ihmisten tarpeisiin eikä toimintaa suunnitella yksinomaan organisaation tai työntekijän tarpeista käsin.

Asiakkaan käsitys laadusta muodostuu omista aikaisemmista kokemuksista, omista tarpeista ja kuulopuheista saadusta informaatiosta. Näiden perusteella on muotoutunut kuva palvelun tuottajan imagosta. Edellä mainituilla odotuksilla tullaan palvelutilanteeseen. Asiakas vertaa odotuksiaan siihen todelliseen kokeemukseen, joka hänelle palvelua saataessa sillä kerralla syntyy. Jos odotukset ja kokemukset ovat sopusoinnussa, muodostuu positiivinen käsitys. Päinvastaisessa tilanteessa käsityksen negatiivisuus on sitä suurempi, mitä suurempi ero on odotusten ja kokemusten välillä. Ensimmäiset kohtaamiset (palvelu)prosessin alussa ovat ratkaisevia. Jos yhteyden ottaminen ja ensimmäinen kohtaaminen epäonnistuvat, voi asiakkaan käsitystä olla vaikea muuttaa myöhemmin palveluprosessin aikana.

Asiakkaan laatu-käsitystä muokkaa myös se, että organisaatiolla ylipäätään on käytössä jokin asiakaspalautteen hankintatapa – “laatu on hyvää, kun siitä pyydetään palautetta”. Asiakkaalle muodostuva kuva organisaatiosta riippuu siitä-

kin, minkälaisista asioista palautetta kerätään. Tuntevatko asiakkaat esimerkiksi, että palautetta pyydetään heille tärkeistä asioista. Palautejärjestelmä on lisäksi viesti asiakkaalle siitä, että on lupa antaa palautetta monella tavoin.

Todella myönteinen kokemus saadun palvelun laadusta syntyy silloin, kun palvelun tuottaja onnistuu ylittämään asiakkaan odotukset myönteisesti. Odotusten alittuminen siitä tasosta, jota asiakas pitää itsestään selvänä, aiheuttaa vastaavasti voimakkaan kielteisen kokemuksen. Liike-elämässä on oivallettu sellaisen asiakastiedon keräämisen merkitys, jolla voidaan yllättää asiakas myönteisesti tavattaessa hänet seuraavan kerran. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kirjataan tietoja asiakkaasta lähes yksinomaan ammatillisesta, hoitoon liittyvästä näkökulmasta, esimerkiksi asiakkaan terveydentilaan tai elämäntilanteeseen liittyviä asioita. Tämä tietysti onkin keskeisin asia, mutta voisimme hyvin tallentaa myös asiakkaan yksilöllisiä mieltymyksiä tulevien kohtaamisten varalle!

Miksi ja milloin

Asiakaspalautepolun valinnalle voi olla hyvin erilaisia syitä. Organisaation laatutyön kohdistaminen asiakaspalauteeseen perustuu ehkä useimmin siihen, että halutaan muuttaa toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Silloin halutaan todella antaa tilaa asiakkaiden äänelle, kuunnella ja ymmärtää, mitä he haluavat, tarvitsevat ja kokevat sekä antaa mahdollisuus itse vaikuttaa palvelun kehittämiseen. Tavoitteena voi olla ongelma- tai kehittämiskohteiden tunnistaminen palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on huomattu, että asiakkaat ovat entistä vaativampia ja myös valmiimpia antamaan palautetta.

Toisaalta paine palautteen hankintaan voi tulla muilta kuin palvelujen käyttäjiltä, ennen kaikkea tilaajilta tai rahoittajilta. Ostaja voi selkeästi vaatia, että asiakastyytyväisyyttä mitataan tai että selvitetään muilla tavoin, miten käyttäjät kokevat saamansa palvelut. Vaikkei ostaja edellyttäisikään palautteen hankintaa, haluavat palveluntuottajat vakuuttaa heidät 'hyvästä laadusta'. Tällöin palautteen hankkimismenetelmä voidaan muokata laatumittariksi.

Tilaajat ja ostajat ovat toisaalta itse palvelun tuottajan asiakkaita. Palautetta halutaan kerätä myös heiltä itseltään ja selvittää palautteen avulla esimerkiksi, miten on onnistuttu yhteistyössä. Sama ajattelutapa pätee sisäisiin asiakkaisiin, esimerkiksi yhteistyökumppaneihin ja työtovereihin. Motiivi palautteen hankintaan voi liittyä myös 'markkinointiin', jolloin asiakaspalauteen keräämisellä pyritään luomaan asiakaskeskeistä imagoa omalle organisaatiolle. Laatumittariksi tarkoitetun palautemenetelmän kehittäminen voi liittyä myös laajempaan mittarien laadintatyöhön (mittaripolku). On hyvä tunnistaa ja tiedostaa omat erilaiset motiivinsa! Kaikki ovat sinänsä yhtä oikeutettuja. Motiivien perustelu vaikuttaa kuitenkin menetelmän valintaan ja siihen kohdistuviin odotuksiin niin oman henkilökunnan kuin asiakkaiden kannalta.

Kun laatutyö on vasta alussa

Asiakaspalautepolulle voidaan lähteä hyvinkin erilaisissa tilanteissa – yhtä hyvin laatutyön käynnistymisen yhteydessä kuin jo pitemmälle ehtineenä. Tyypillisintä lähtötilannetta kuvaa ilmaus ‘olemme laatuasioissa vasta alussa’. Organisaatiossa käydään parhaillaan – tai on jo käyty – arvokeskustelua, jossa asiakkaan asema on saattanut korostua. Polku voi alkaa yhdestä työyksiköstä, kun siellä työntekijät innostuvat aiheesta. Sysäys voi tulla siitäkkin, että suosituksissa tai vastaavissa asiakirjoissa (esimerkiksi * *laadunhallintasuositukset*, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämisprojekti 1998) korostetaan asiakkaan asemaa ja hänen merkitystään palautteen antajana.

Asiakkaiden suhtautumisessa palautteen antamiseen on monissa työyksiköissä tunnustettu kaksi hyvin erilaista kehityssuuntaa, jotka kuitenkin molemmat voivat toimia palautteen hankintaan motivoivina tekijöinä. Toisaalta kustannussäästöt, henkilökunnan ja kulujen karsiminen ja niiden näkyvä käsittely tiedotusvälineissä on vaikuttanut asiakkaisiin niin, ettei palautetta – ainakaan kielteistä – uskalleta tai haluta antaa, koska potilaat ja asiakkaat yrittävät olla lisäämättä jo muutenkin kiireisen ja väsyneen henkilökunnan kuormitusta. Selvimmin tämä näkyy iäkkäämpien asiakkaiden kohdalla. Toinen kehityssuunta on se, että asiakkaat ovat muuttuneet yhä vaativammiksi ja ‘osallistuvammiksi’. Tiedetään ehkä, että omassa toiminnassa on ollut laatuongelmia tai asiakkaiden keskuudessa tyytymättömyyttä – ehkä jo valituksiakin.

Potilasasiamies on voinut olla kallisarvoinen laatuajattelun katalysaattori. Hän on ehkä aktiivisesti tuonut esille potilasnäkökulmaa ja niitä ongelmia, joiden takia asiakkaat ovat kääntyneet hänen puoleensa. On huomattu, että valitukset kertovat ongelmista liian myöhään ja tarvitaan keinoja, joilla mahdollisimman aikaisin päästään ongelmien tai kehittämiskohteiden jäljille. Palautteen hankintaan palvelujen käyttäjiltä päädytään, koska se on käytännönläheinen laatutyöskentelyn tapa.

Asiakaspolun alussa asiakaspalautteen hankkiminen voi käynnistyä myös markkinoinnin tueksi erityisesti yksityissektorilla, kun kilpailu asiakkaista kovee. Saattaa olla, että ostopalvelusopimuksissa on laatuksena asiakaspalautteen hankinta tai asiakastyytyväisyyden mittaaminen. “Ei auta kuin ruveta töihin” -ajattelu on ihan mahdollinen lähtökohta. Palvelujen sisäinen myynti ja palvelujen tuotteistaminen saattavat innostaa hankkimaan palautetta sisäisiltä asiakkailta.

Kun laatutyötä on tehty jo kauemmin

Asiakaspalautepolulle voidaan lähteä silloinkin, kun laadun kehittämisessä on ehditty jo pidemmälle. Asiakslähtöisiä toimintatapoja on jo kehitetty ja muutettu toimintatapaa. Nyt halutaan testata niiden onnistumista asiakkaan näkökulmasta. Organisaatiossa on annettu ‘asiakaspalvelukoulutusta’ ja halutaan mitata tai seurata sen vaikutusta. Voi olla, että on jo kokeiltu ‘asiakaskyselyä’ ja halu-

taan muitakin tapoja kerätä tai hankkia palautetta tai tietoa. Tavoitteeksi on ehkä asetettu asiakaspalautejärjestelmän rakentaminen osaksi laatujärjestelmää. Laatujärjestelmään liittyvä lähtökohta voi myös olla se, että organisaatiossa on jo kehitetty muita laatumittareita ja halutaan nyt mukaan asiakastyytyväisyystavoitetta mittaava väline.

Vaiheita ja valintoja

1. Asiakkaiden ja heidän tarpeidensa tunnistaminen

Riippumatta lähtötilanteesta asiakaspalautepolun kulkeminen on viisasta aloittaa selvittämällä, ketkä ovat meidän asiakkaitamme ja minkälaisia ovat asiakkaidemme tarpeet ja odotukset. Tärkeää on tunnistaa työyhteisössä, mitä tarkoitetaan ‘asiakkailla’, ettei puhuta toistensa ohi (katso luvun alussa määrittely asiakkaista). Palvelujen käyttäjiltä palautetta hankkiessa on tärkeää tieto oman asiakaskunnan erityispiirteistä ja siitä johtuvat rajoituksista ja mahdollisuuksista palautteen hankinnalle: terveet työikäiset, pitkäaikaissairaat, akuuttipotilaat, kehitysvammaiset aikuiset, pienet lapset jne. Työkaluiksi sopivat asiakaskartta ja asiakastarpeiden tarkennuslomake.

Yksinkertainen työväline, asiakaskartta, otettiin käyttöön PIENET-projektissa. Kartassa on omat lokeronsa palvelujen käyttäjäryhmille, ostajille/maksajille, yhteistyökumppaneille sekä sisäisille asiakkaille. Kuhunkin lokeroon kirjataan mahdollisimman tarkkaan, keitä nämä asiakkaat ovat ja tarvittaessa täydennetään kuvausta numerotiedoilla (eri ryhmien prosenttiosuudet tms.). Asiakastarpeiden tarkennuslomake perustuu asiakaskartaan. Karttaan ja siihen kirjataan sekä 1) tunnistetut tai määritellyt tarpeet, odotukset ja vaatimukset ja 2) keinot, joilla ne on selvitetty/selvitetään. Lopussa on tila, johon voidaan tehdä yhteenveto asiakastarpeista ja odotuksista.
(Holma, Outinen, Haverinen 1997)



2. Keskustelu asiakaspalautteen käyttötarkoituksista

Omien asiakkaitten tunnistamisen sekä heidän tarpeidensa ja odotustensa täsmentämisen jälkeen on hyödyllistä käydä pohjustavaa keskustelua siitä, mitä varten asiakaspalautetta halutaan hankkia. Keskustelujen tulos kannattaa kirjata. Kirjaaminen helpottaa seuraavia vaiheita polulla: tiedetään, keiltä asiakkailta palautetta halutaan ja miksi. Lisäksi varmistuu, että kaikilla on sama käsitys keskustelun tuloksesta.

Tärkeitä teemoja tässä keskustelussa ovat:

- ☐ Miksi haluamme hankkia palautetta? Mitkä ovat motiivimme? Mikä on ollut syynä siihen, että asia noussut esille? Syntyykö tarve ehkä meneillään olevasta tuotteistamisesta tai muusta hankkeesta?
- ☐ Keiltä asiakkailta haluamme palautetta? Mikä on se asiakasryhmä, johon ensiksi haluamme kiinnittää huomiota?
- ☐ Pitäisikö täydentävää tietoa hankkia käyttäjien lisäksi muiltakin: hoitohenkilökunnalta, asiakasjärjestöiltä, potilasasiamieheltä?
- ☐ Kenen tarpeisiin palautetta tarvitaan? Ostajan tyydyttämiseksi, oman laatutyön kohdistamiseksi vaiko laatutyön tulosten arviointiin?
- ☐ Millaista tietoa tarvitsemme?
- ☐ Miten aiomme hyödyntää palautetta ja miten se tapahtuu? Haluammeko toistuvasti käytettävän keräystavan?

Jo tässä vaiheessa mietitään tai selvitetään, mikä asiakkaille on tärkeää, mitkä ovat heidän arvostuksensa ja mistä he haluavat antaa palautetta. Selvitystapana voi olla haastattelu tai pienimuotoinen kysely. Myös vastaavanlaisissa työyhteisöissä tehtyjä selvityksiä kannattaa käyttää hyväkseen.

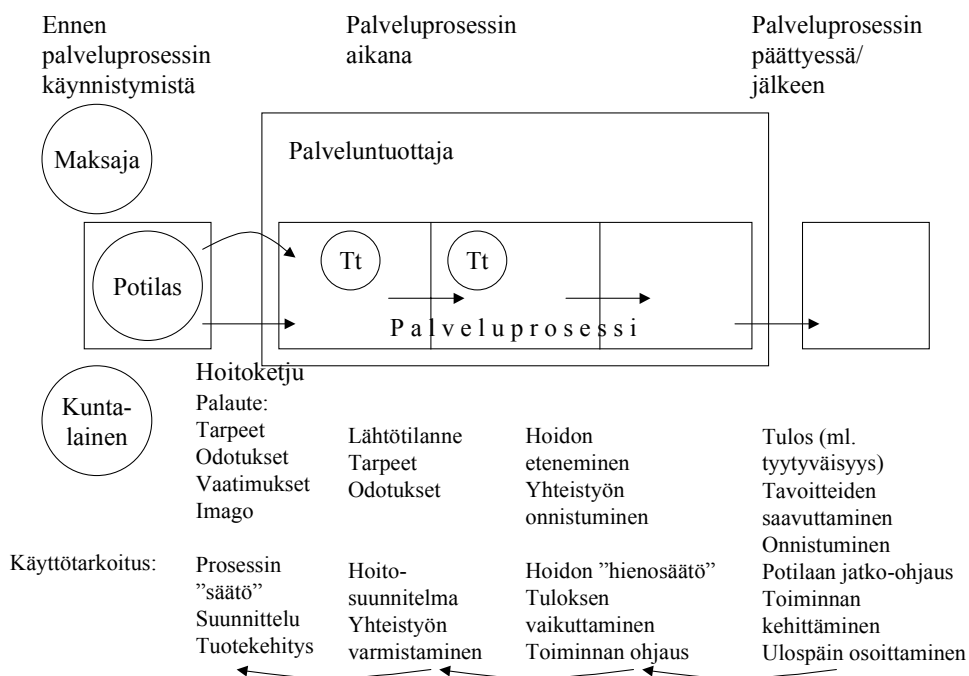


3. Tutustuminen erilaisiin palautteen hankinnan menetelmiin

Palautetta voidaan hankkia

- 1) ennen palveluprosessia: tarpeista, odotuksista, vaatimuksista, työyhteisön imagosta prosessin ‘säätöä’ varten, suunnittelun avuksi tai tuotekehitystä varten,
- 2) palveluprosessin aikana: prosessin alussa lähtötilanteen, tarpeiden ja odotusten kartoittamiseksi, kun tehdään hoitosuunnitelmaa ja valmistellaan yhteistyötä ja prosessin kuluessa hoidon kulun seuraamiseksi ja yhteistyön varmistamiseksi, kun tarkoituksena hoidon “säätö”, tulokseen vaikuttaminen ja toiminnan ohjaus sekä
- 3) palveluprosessin päättyessä tai sen jälkeen: palautetta tuloksesta (mu-
kaanlukien tyytyväisyys), tavoitteiden saavuttamisesta ja onnistumisesta, jolloin käyttötarkoituksena on asiakkaan jatko-ohjaus, toiminnan kehittäminen ja ulospäin osoittaminen. Tämä kokonaisuus on hahmoteltu kuviossa 1.

Tässä vaiheessa on viisasta pyrkiä tunnistamaan, millä tavalla palautetta saadaan tai hankitaan eri asiakkailta jo tällä hetkellä. Olemassa olevat tavat on hyödyllistä dokumentoida, jotta niiden hyödyntäminen tehostuu ja muodostuu kuva kokonaisuudesta. Näin varmistuu myös se, ettei käytetä päällekkäisiä menetelmiä eikä vaivata asiakkaita turhaan.



Kuvio 1. Asiakaspalautteen hankkiminen palveluprosessin eri vaiheissa. (Maarit Outinen 1997)

* *Asiakaspalautemenetelmiä* on olemassa tavaton määrä: laadullisia, määrällisiä, sellaisia, joilla asiakas itse tuo mielipiteensä esiin sekä menetelmiä, joita voi kutsua epäsuoriksi menetelmiksi. Palautemenetelmän valinta on vaikeaa ja edellyttää keskustelua työyhteisössä. Yhdellä menetelmällä ei saada kaikkia tarpeita tyydytettyä. Keskeinen kysymys on, mistä ja mitä varten palautetta halutaan. Eri menetelmillä saatavan tiedon luonteen erilaisuus on tärkeä tekijä valittaessa omia asiakaspalautemenetelmiä. Menetelmät voidaanakin ryhmitellä palautetiedon luonteen mukaisesti:

- Laadulliset (kvalitatiiviset) menetelmät** auttavat selittämään ja ymmärtämään asiakkaiden näkökantoja ja käyttäytymistä sekä erilaisia vuorovaikutustilanteita. Oleellinen vastattava kysymys on "miksi". Tähän ryhmään kuuluu yksilö- ja ryhmähaastatteluja sekä erilaisia havainnointimenetelmiä.
- Määrälliset (kvantitatiiviset) menetelmät** on tarkoitettu tapahtumien ja käyttäytymisen määrän ja laajuuden kuvaamiseen ja kartoitukseen. Niillä haetaan vastausta kysymyksiin kuinka paljon tai kuinka usein tapahtuu, kuinka monen mielestä?
- Palautemenetelmät, joilla asiakas tuo itse mielipiteensä esiin**, ovat usein muita menetelmiä täydentäviä. Tyypillisiä ovat erilaiset valitukset ja palaute-puhelimet. Ne ovat varmistamassa sitä, että tiedetään, mikä asiakkaalle on tärkeää.

-
- d) **Menetelmät, joissa asiakkaat ovat aktiivisina osallistujina** korostavat käyttäjän ja tuottajan aktiivista yhteistoimintaa ja asiakas nähdäänkin todellisena toiminnan kehittäjänä
- e) **Epäsuorat menetelmät** edellyttävät, että on ensin määriteltävä, mikä asiakkaan mielestä on hyvää laatua. Johtopäätökset vaatimustason saavuttamisesta tehdään tiedosta, joka kertyy muualta kuin asiakkailta itseltään.
- (Outinen, Holma 1997; Cedergren, Bylund 1998)

Jonotietoa asiakkaille Internetistä

Uudenmaan sairaanhoitopiiriin jonoista saa nykyään Internetissä tietoa kuka tahansa. Tietoa voivat etsiä hoitoa tarvitsevat potilaat, hoitoon lähettävät lääkärit ja hoidon maksajataho. Potilas voi ihmetellä, miksi hänen on mentävä tutkimuksiin ja hoitoon aluesairaalaan, kun naapurikuntalainen pääsee suoraan pääkaupungin Hyksiin. Potilas voi myös ruveta tivaamaan selvitystä päättäjiltä ja poliitikoilta, miksi lonkkaleikkausjonossa on jonotettava Jorviin 97 päivää, Porvooseen 160 päivää ja Hyksiin 287 päivää. Vertailu lisää vaatimuksia ja omatoimisuutta, jolloin paineet hoidon parantamiseen lisääntyvät. Tyytyväisiä sairaanhoitopiirissä ollaan siihenkin, että järjestelmä helpottaa tiedon kulkua sairaalasta toiseen. Samoja kokeita ei enää tarvitse ottaa molemmissa paikoissa. (Helsingin Sanomat 3.1.1999)

Vaikka asiakaspalautemenetelmien luotettavuus on tärkeää, on hyvä muistaa, että tieteellisen tutkimuksen vaatimukset ovat usein tarpeettoman kovat palautteen keruulle. Usein on tärkeintä se, että saadaan itselle käyttökelpoista tietoa. Laajaa tutkimusta käytetään usein menetelmää kehitettäessä, mutta toistuvaa käyttöä varten siitä on tehtävä 'käyttäjystävällinen' versio, johon otetaan mukaan vain keskeiset asiat. Tuloksen tulkintaan kuluva aika vaikuttaa menetelmän käyttökelpoisuuteen. Taloudellisuus on myös tärkeä näkökulma menetelmää valittaessa: mitkä ovat käytetyt panokset suhteessa saatuun hyötyyn.



4. Palautemenetelmän valinta ja kokeilu

Päätöksen tekeminen jonkun palautemenetelmän käytöstä antaa suunnan kokeilulle. Se myös mahdollistaa keskittymisen yhteen valittuun menetelmään ja sen kokeiluun. Muut kiinnostavat vaihtoehdot voidaan jättää myöhemmäksi. Palautteen hankinnassa käytettävän menetelmän kokeilu kannattaa aina toteuttaa projektina, jotta se pysyy hallinnassa (ks. Polku 4). Viimeistään nyt myös kirjataan, mitä varten menetelmää kehitetään ja mitä siltä halutaan.

Valinnan jälkeen otetaan selvää, onko menetelmä jo kehitetty muualla ja onko se tuotavissa 'valmiina' omaan käyttöön. Valmiin menetelmän käytön etuna ovat pienet kustannukset kehittämistyöstä, mahdollisesti tutkittu validiteetti sekä vertailutiedon saaminen. Haittapuolina ovat vähäisempi sitoutuminen ja oppiminen sekä pakko käyttää menetelmää, joka ei tunnu juuri itselle sopival-

ta. Itse kehittäminen tulee paljon kalliimmaksi, mutta mahdollisesti sitouttaa paremmin ja lisää osaamista.

Stakesin terveydenhuollon laatuprojektilla on olemassa valmiita asiakas-tyytyväisyyden mittaamiseen tarkoitettuja lomakkeita terveyskeskuksille ja sairaaloille (vuodeosastot, poliklinikat, avoterveydenhuolto, yleislääkärit ja hammashuolto). Näitä lomakkeita käyttäville on tarjolla tallennus- ja tulostuspalvelu. Käyttäjä saa omien tulostensa mukana valtakunnallisen vertailuaineiston, johon voi peilata omaa tilannettaan. (Outinen 1999; menetelmien kehittämisestä Peiponen ja muut 1996; Helin ja muut 1998 ; Lehtinen ja Nordblad 1998)

Ellei palautemenetelmää ole saatavissa valmiina, sitä ryhdytään kehittämään itse. Selvitettäviin asioihin kuuluu myös: onko meillä omassa työyhteisössä riittävästi osaamista? Hankitaanko itselle lisää osaamista vai ostetaanko osaaminen ulkopuolelta? Millaisia kustannuksia eri palautemenetelmien käytöstä syntyy? Voidaanko tieto kerätä normaalien toimintaprosessien yhteydessä? Menetelmän vaatimuksia tulisi pohtia myös asiakkaiden kannalta: miten paljon vaivannäköä voimme vaatia asiakkailta?

Kun valmistaudutaan käyttämään palautemenetelmää ensimmäisen kerran, se kannattaa tehdä kokeiluna, 'pilotina', jotta varmistetaan menetelmän toimivuus. Pilottia varten menetelmä kuvataan ja laaditaan toimintaohje sitä varten. Tärkeää on kouluttaa toteuttajat, jotta kaikki toimivat samalla tavalla. Pilotin jälkeen arvioidaan, toimiiko menetelmä halutulla tavalla. Pilotissa kertyneiden kokemusten jälkeen menetelmä, sen kuvaus ja ohjeisto viimeistellään.



5. Kokeilun tulosten hyödyntäminen

Kokeilun tulokset analysoidaan ja tehdään johtopäätökset. Pilotin tulosten tarkastelussa on keskeistä arvioida palautemenetelmän sopivuutta ja käyttökelpoisuutta omaan organisaatioon. Ihannetapauksessa palvelujen käyttäjät osallistuvat tähän vaiheeseen. Johtopäätösten teossa on oltava rohkeutta kyseenalaistaa nykyiset toimintatavat ja työnkulut. On myös oltava valmiutta niiden muuttamiseen. Ellei tätä ole pohdittu organisaatiossa jo alkukeskustelujen aikana, voi tässä vaiheessa tulla yllätyksiä! Jos tavoitteena oli löytää parannuskohtia, laaditaan suunnitelma muutosten toteuttamiseksi (ml. vastuutus, aikataulu, uudelleenarviointi; ks. Polku 4).

Pilotista tulisi levittää tietoa kaikkialle organisaatioon ja pohtia tietojärjestelmien kykyä palvella tiedon välittämistä organisaatiossa. Palautteen hyödyntämistä voi tehostaa se, että kertyvä palaute kytketään esimerkiksi koodaamalla palveluprosessin eri vaiheisiin, solmukohtiin tai laadun kannalta kriittisiin kohtiin. Vähintään yhtä tärkeää on antaa palautetta asiakkaille eli niille joilta palautetta on hankittu.

Jos kehitetty menetelmä päätetään ottaa säännölliseen käyttöön, luodaan menettelytavat sitä varten: kenellä on vastuu, miten tuloksia käsitellään ja hyödynnetään ja miten niiden tuloksista tiedotetaan organisaation sisällä ja asiakkaille.

Entäs sitten?

Ensimmäisen asiakaspalautemenetelmän käyttöön oton jälkeen polulla voi edetä hyvinkin eri tavoin. Seuraavassa pohditaan erilaisia etenemisvisioita ja vaihtoehtoja, kuten asiakaspalautejärjestelmän rakentamista, **vertailukehittämiseen* (benchmarking) tutustumista ja uuden toimintatavan kehittämistä palautteen avulla. Visioita ei ole asetettu ajalliseen järjestykseen, vaan nimenomaan on tarkasteltu erilaisia tilanteita.

Muiden palautteen hankintatapojen kokeilu:

Kun asiakaspalautepolulla on lähdetty liikkeelle ottamalla käyttöön yksi palautemenetelmä, voidaan huomata tarve tunnistaa muitakin tapoja hankkia palautetta. Näin tehtäessä voidaan edetä edellä kuvatulla tavalla (vaiheet 1–5). Toisaalta voidaan tunnistaa tarve hankkia palautetta myös muilta asiakasryhmiltä käyttäjien lisäksi (ostajat/tilaajat/rahoittajat, potentiaalit asiakkaat, sisäiset asiakkaat, oman henkilökunnan havaintojen tallentaminen).

Asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen:

Yksittäisten palautemenetelmien kehittämisprojekteista voidaan suuntautua asiakaspalautejärjestelmän kehittämiseen. Olemassaolevien palautekäytäntöjen kartoittaminen ja uusien menetelmien kehittäminen synnyttää usein tarpeen hallita palautteen keruun menetelmien kokonaisuus. Käynnistetään – esimerkiksi projektityöskentelynä – niiden erilaisten menettelyjen kirjaaminen, joilla palautetta kerätään, käsitellään niistä kertyvää tietoa, tehdään tietoon perustuvia johtopäätöksiä ja hyödynnetään sitä toiminnan kehittämisessä. Asiakaspalautejärjestelmän rakentamiseen kuuluu niiden tapojen kehittäminen, joilla palautteesta annetaan palautetta asiakkaille eli vastataan palautteen antajille. Viimeistään tässä vaiheessa tulee harkittavaksi myös asiakkaiden osallistuminen palautejärjestelmän toimintaan. Seuraavassa kuviossa on hahmoteltu, miltä järjestelmä voisi näyttää.

	ASIAKKAAT	HENKILÖSTÖ	MUUT
SYSTEMAATTINEN KERUU	Tyytyväisyyskyselyt	Toimintakykyarvioinnit	Sopimus tilanteen arviointi
SATUNNAINEN KERUU	“Pöytäkeskustelut”	Tuttavat Omat havainnot	Yleisönosastot
PALAUTTEIDEN KÄSITTELY	LAATUKESKUS	Palauteisiin vastaaminen (kirjallinen) Raportointi johdolle (dokumentoitu menettely)	
MUUTOKSET	TOIMENPITEET	Toimenpidevastuussa oleva johto Suorittavasta työstä vastaava johto	

Kuvio 2. Esimerkki asiakaspalautejärjestelmän rakenteesta ja sisällöstä (soveltaen Veli Särmäkari)

Asiakaspalautejärjestelmä koostuu monesta osasta

Lahden kotipalvelussa tehtiin vuonna 1998 osana Suomen Kuntaliiton LASSO-projektia (laadunhallinta sosiaalipalveluissa) kartoitus kotipalvelun käyttäjien (vanhukset, omaiset) ja yhteistyökumppaneiden odotuksista (Pajunen 1999). Kartoitusten pohjalta kiteytettiin viisi kehittämishaastetta: 1) Työntekijöiden ajankäytön hallinta, 2) palvelujen riittävyyden varmistaminen, 3) Kotipalveluhenkilökunnan parempi saavutettavuus ja 5) palvelujen suunnittelu yhteistyössä. Jotta kehittämishaasteisiin myös vastattaisiin laadittiin konkreettiset toimenpideehdotukset, joiden toteutumista jatkossa seurataan. Kartoituksen tuloksia hyödynnettiin myös listaamalla esille tulleita kotipalvelun vahvuuksia ja heikkouksia. Tulokset antoivat suuntaa myös asiakaspalautejärjestelmän kehittämiseksi. Asiakaspalautejärjestelmän yhtenä osana tulevat jatkossakin olemaan peruskartoituksessa kokeillut kyselyt ja haastattelut. Näiden lisäksi tarvitaan myös muita vaihtoehtoisia palautteen hankintamenetelmiä jotta mm. varmistettaisiin palautteen monipuolisuus ja luotettavuus. Järjestelmään kuuluu määrääjain tehtävien erillisselvitysten lisäksi välittömän asiakaspalautteen rekisteröinti sekä vapaamuotoisen palautteen antamisen mahdollisuus.

Asiakaspalautejärjestelmän kytkentä muuhun laatujärjestelmään:

Asiakaspalautejärjestelmän valmistuttua se halutaan kytkeä muuhun laatujärjestelmään. Palaute menetelmät, jotka ovat luonteeltaan määrällisiä mittauksia (esimerkiksi asiakastytytyväisyysmittaus), voidaan kytkeä laatupolitiikkaan ja sen mitattaviin tavoitteisiin. Tällöin on tärkeää määritellä palvelun laadulle haluttu tavoitetaso.

Vertailukehittäminen:

Omien palautemenetelmien tuloksia analysoitaessa ja johtopäätöksiä tehtäessä herää usein tarve * *vertailukehittämiseen* (benchmarking). Vertailukehittäminen voi tapahtua monella tavalla. Jos on käytetty valmiina hankittua asiakaspalaute-menetelmää, voidaan vertailla omia tuloksia samaa palautteen hankintamenetelmää käyttäneiden kanssa. Kiintoisaa on vertailu sellaisen yksikön kanssa, jossa on käytetty jotain toista menetelmää. Vertailu voi kohdistua myös koko asiakas-palautejärjestelmään tai sen luomisprosessiin, jos ollaan jo niin pitkällä.

Asiakslähtöisen, vuorovaikutuksellisen toimintatavan kehittäminen:

Edellä kuvatut visiot tähtäävät palautejärjestelmän kehittämiseen. Toisenlainen suunta voi olla se, että keskitytään ensimmäisen palautemenetelmän kehittelyn jälkeen asiakslähtöisen, vuorovaikutuksellisen toimintatavan kehittämiseen. Toimintatavan muutoksessa on kyse on asiakkaan voimavarojen esiin nostamisesta ja vahvistamisesta. Tästä käytetään myös ilmaisua, asiakkaan valtaistaminen, empowerment. Muutoksessa on kyse myös sellaisten työtapojen valinnasta, joissa asiakas on tasa-arvoisemmin mukana. Muutosta pohjustettaessa voi organisaatiossa olla hyötyä siitä, että pohditaan ensin ilmaisia, joilla tätä toimintatapaa usein kuvataan: asiakslähtöinen, asiakaskeskeinen, asiakassuuntautunut, asiakasvetoinen, asiakasjohteinen. Mitä ajattelemme niiden tarkoittavan ja mikä sopisi meille parhaiten? Miten jonkin ilmaisen valitseminen vaikuttaisi siihen, miten toimintatapaa lähdetään kehittämään?

Seuraavaan luetteloon on koottu joitakin esimerkkejä toimintatapojen kehittämisestä:

- ☐ Miten parannamme tavoitettavuuttamme? Olisiko apua asiakaspalveluhenkilöstä?
- ☐ Kannustetaan henkilökuntaa rekisteröimään hoitotilanteissa asiakkailta saatua palautetta.
- ☐ Minkälaisilla rakenteilla voisimme mahdollistaa asiakkaiden osallistumisen?
- ☐ * *Palvelusitoumusten* käyttöönotto.
- ☐ Väestövastuuseen siirtyminen terveydenhuollossa.
- ☐ Kumppanuussuhteen kehittäminen tavarán-/palvelujen toimittajien ja muiden yhteistyökumppanien kanssa.
- ☐ Asiakkaiden mukaanottaminen laatuprojekteihin ja palautejärjestelmään.
- ☐ Asiakkaiden ottaminen mukaan toiminnan suunnitteluun.

Toimintatavan muuttaminen asiakslähtöiseksi vaatii pitemmän ajan kuin esimerkiksi asiakaspalautejärjestelmän rakentaminen, sillä siihen liittyy käyttäytymisen muuttaminen ja usein myös rutiininomaisten, vuosikausia toteutettujen käytäntöjen purkaminen. Tämä saattaa aiheuttaa ahdistusta henkilökunnassa.

Muutoksen mahdollistamiseksi saatetaan tarvita arvokeskustelun käymistä koko organisaatiossa (ks. Polku 3). Toimintatapojen muuttamiseen liittyy myös eettisiä ongelmia: miten menetellään, jos jotkut työntekijöistä eivät hyväksy muutosta? Jos muutoksessa edetään vähitellen, johdolla tulisi olla koko ajan mielessä selkeä käsitys lopullisesta tavoitteesta, johon pyritään. Uuden toimintatavan tulee myös näkyä uuden henkilöstön rekrytoinnissa.

Uusien toimintatapojen käyttöönotto

Eräässä terveydenhuollon organisaatiossa lähdettiin suunnitelmallisesti muuttamaan entistä toimintatapaa. Kehittämisen aikana koko henkilökunta sai osallistua uuden toimintatavan suunnitteluun ja heille järjestettiin runsaasti yhteistä koulutusta. Kun sitten edellytettiin sitoutumista uuteen toimintatapaan, hakeutui iso osa entisestä henkilökunnasta omasta tahdostaan perinteisemmällä tavalla toimiviin työpaikkoihin. Uuden henkilökunnan hankinnassa tuotiin toimintatapa esille ja järjestettiin työhönottotestauksia, joilla sitoutuminen haluttiin varmistaa. Tästä huolimatta osa näin valituista uusista työntekijöistäkin vaihtoi työpaikkaa, kun uusi toimintatapa otettiin käyttöön, koska se poikkesi niin paljon entisistä, jo koulutuksen yhteydessä muodostuneista käsityksistä. Nyt kyseinen organisaatio menestyy hyvin.

Muutoksessa voi auttaa ** vertailukehittäminen* (benchmarking), jos löydetään sellainen organisaatio, jossa tällainen toimintatavan muutos tehty. Vertailuorganisaatio voi olla myös sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolelta.

Vielä mietittäväksi

Asiakaspalautemenetelmistä on saatavissa hyvää kirjallisuutta ja siihen kannattaa tutustua. Luvun lopussa on mainittu tärkeimpiä lähteitä. Kirjoittajilta on saatavissa laajempia kirjallisuusuuteloita.

“Ei kaikkea kerralla” -periaate on hyvä muistaa. Palautemenetelmien kehittämisessä tulee usein tunne, että kun nyt selvitetään asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä, otetaanpa sellainen menetelmä, jolla saadaan tietoa kaikesta mahdollisesta. On hyvä muistaa jo luvun alussa korostetut tosiasiat, että eri tavoitteisiin on erilaiset välineet ja palautemenetelmän antaman tuloksen on oltava analysoitavissa kohtuullisin panoksin. On jopa sanottu, että periaatteessa asiakkaalta kannattaa kysyä kolme kysymystä: mikä on asiakkaalle tärkeää suhteessa organisaatioomme, miten me pärjäämme suhteessa noihin tärkeisiin asioihin ja miten meidän pitäisi kehittää toimintaamme. Palautemenetelmien määrä ei korvaa laatua ja tarvitaan kirkasta fokusointia käyttökelpoisen tiedon saamiseksi.

Asiakaspalautteen keruussa voidaan ‘mennä metsään’, jos valitaan menetelmä, johon asiakas ei pysty ottamaan osaa. Asiakas ei esimerkiksi pysty vastaamaan tehtyihin kysymyksiin tai käyttämään kyselylomaketta. Ellei asiakaskuntaa ole tunnistettu, voi käydä niin, ettei asiakaspalautetta hankitakaan keskeisiltä asiakasryhmiltä. Vaarana on tällöin näennäislaatu.

Laatupelissä asiakkaan ääni kuuluu.

Laatupeli on hollantilaisen asiakasjärjestön kehittämä palautemenetelmä erityisesti niitä asiakkaita varten, joille lomakekyselyihin vastaaminen tuottaa vaikeuksia. Pelituokiossa mukanaolevat pelaajat (asukkaat, potilaat tai omaiset) saavat vuorollaan vastata kysymyspatteristoista nostamiinsa kysymyksiin, jotka koskevat eri aihealueita. Henkilökunnan edustaja kirjaa palautteen ja keskustelussa mahdollisesti esiintulleen parannustoimenpiteen. Eri pelikertojen raporteista voidaan seurata, poistuuko tunnistettu ongelma.

(Laatupeli on hankittavissa Stakesin julkaisusyksiköstä)

Kuinka kauan polun alkuvaiheiden läpikäynti kestää? Paljonko pitäisi varata aikaa? Asiakasanalyysi, olemassaolevien käytäntöjen tunnistaminen asiakaspalautemenetelmiksi sekä omien palautetietotarpeiden tunnistaminen ohiteaan usein liian nopeasti ja ‘syöksytään’ lomakekyselyn suunnitteluun. Seuraavanlainen ‘kauhuskenaario’ on ihan mahdollinen: “Meilläkin on kerättävä asiakaspalautetta, joten suunnitellaanpa asiakaskysely. Kuka kerää muiden joskus käyttämät lomakkeet ja tekee niistä meille sopivan seuraavaan johtoryhmän kokoukseen mennessä?”

Alkuanalyysiin kannattaisi käyttää aikaa organisaation eri tasoilla mieluummin pari kuukautta, jotta välttyy turhalta työltä ja sen aiheuttamilta kustannuksilta. Asiakaspalautejärjestelmä ei synny itsestään sekään. Ellei palautetta ole hankittu aikaisemmin ja järjestelmän rakentaminen aloitetaan palautemenetelmien kehittälyllä, aikaa voidaan tarvita parikin vuotta. Menetelmän kehittämisen ohessa syntyy haasteita tietojärjestelmille.

Asiakaspalautepolulla tarvitaan myös projektiarviointia: miten onnistuimme projektityöskentelyssämme ja mitä jatkossa tulisi tehdä viisaammin. Näitä kysymyksiä on pohdittu projektipolulla.

Riskeinä asiakaspalautepolulla on

- ☐ palautteen näkeminen kapeasti ‘kyselylomakkeen laatimisena’ tai tyytyväisyyden mittaamisena
- ☐ huomion kiinnittäminen ammatillisesti tärkeiksi nähtyihin asioihin, ei käyttäjälle oleellisiin asioihin
- ☐ asiakaspalautejärjestelmänä nähdään palautteen hankkiminen vain yhdellä tavalla
- ☐ tehdään turhaa työtä, ellei ‘alustuskeskustelua’ ole käyty: kehitetään tai valitaan ‘sopimaton’ menetelmä
- ☐ kaikki kehittävät omia menetelmiä = turha työ, jos valmiskin olisi saatavilla
- ☐ yhden menetelmän käyttämisen jääminen yhteen kertaan, jolloin menetelmä ei kehity. Näin tapahtuu usein ulkopuolisia kehittäjiä käytettäessä (esimerkiksi opiskelijoiden opinnäytetyöt)
- ☐ liian laajan ‘tutkimustyyppisen’ menetelmän laatiminen, joka ei soviakaan toistuvaan/jatkuvaan käyttöön

-
- ❑ hyödyntämisen jääminen vähälle, jolloin ei saada vaikutuksia aikaan: unohdetaan, ettei menetelmän käyttö vielä takaa muutosta, vaan vasta tulosten hyödyntäminen.

Lähteitä

Bylund E, Cedergren L, Hollo A. Dialogen med patienten. Handbok om att samla in och ta tillvara patienternas erfarenheter. Spri rapport 391. Spri. Stockholm 1995.

Cedergren L, Bylund E. Utveckla dialogen! Inspiration och vägledning för dig som arbetar med kvalitetsfrågor utifrån ett patientperspektiv. Spri rapport 478. Spri. Stockholm 1998.

Helin A, Mäkelä M, Outinen M, Hinkkanen S. Uusi valtakunnallinen vertailumittari: yleislääkärin vastaanoton laatu. Suomen Lääkärilehti 1998;17:2081–2086.

Hourula K, Laivamaa S. Asiakkaan asema ja terveydenhuollon palvelutoiminnan laadun kehittäminen asiakaspalutteen perusteella. Tutkielma. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, talouden ja hallinnon tieteenalaryhmä. Rovaniemi 1997.

Kemppainen A. Asiakaslähtöinen sosiaali- ja terveyspalvelujen laadunarviointi – Analyysi sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasnäkökulmaa selvittäneistä tutkimuksista. Opinnäytetutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto 1994.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/92.

Laatuviesti Nro 1/1999. Teemanumero: "Tunnetko asiakkaasi?"

Outinen M, Holma T. Onnistu asiakaspalutteen hankinnassa. Opas fysioterapeuteille. Suomen Fysioterapeuttiliitto. Helsinki 1997.

Outinen M. Potilastyytyväisyys valtakunnallisissa vertailuissa. Kunnallislääkärin vuosikirja 99/2000. Kunnallislääkärit – Kommunala läkare ry, Helsinki 1999.

Pajunen S. Kotipalvelu Lahdessa. Asiakkaiden, omaisten ja yhteistyökumppaneiden palvelukokemuksia. LASSO-projektin asiakaspalauteraportti. Lahti 1999.

Lehtinen N, Nordblad A. Valtakunnallista vertailuaineistoa asiakastyytyväisyydestä kehitetään suun terveydenhuoltoon. Suomen Hammaslääkärilehti 1998;14:778–782.

Peiponen A, Brommels M, Kupiainen O. Vakioitu potilastyytyväisyyden mittari. Suomen Lääkärilehti 1996;18–19:2042–2048.

Penttilä U-R, Sipilä J. Potilaskeskeinen palveluorganisaatio. Julkaisu 117. Sairaala-liitto. Helsinki 1987.

Rope T, Pöllänen J. Asiakastyytyväisyysjohtaminen. Ekonomia. Weilin + Göös, 3. painos. 1994.

Salmela T. Asiakaspalutteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä. Oppaita 32. Stakes. Helsinki 1997.

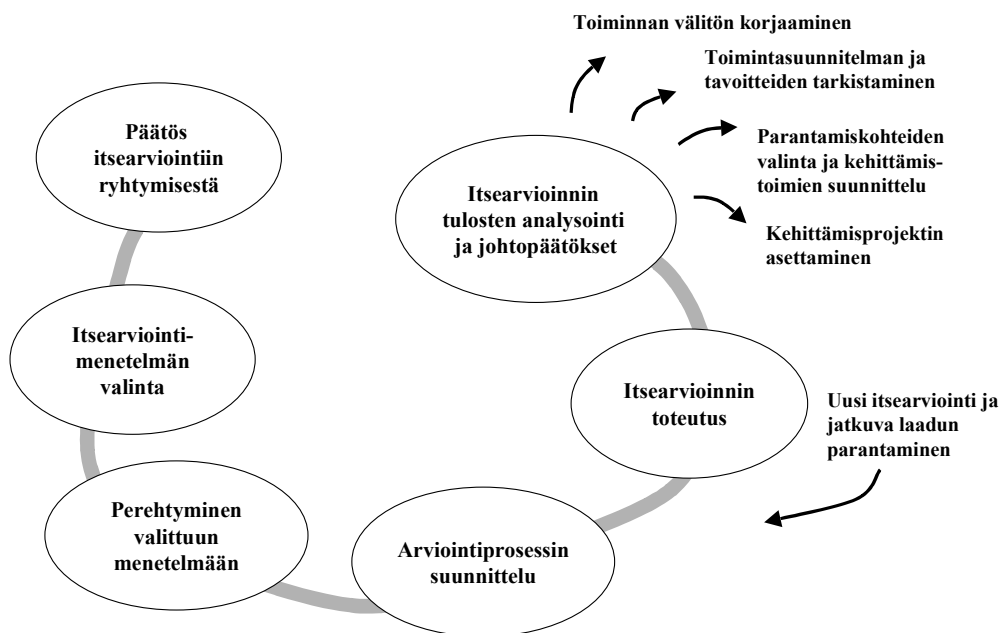
Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1988:2. Helsinki 1998.

Vuorela T. Asiakaspalautte palvelujen laadun arvioinnissa. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1988.

Polku 2

Itsearviointin oma kuva kirkastuu

Tällä polulla paneudutaan siihen, miten itsearviointi voi muodostaa perustan laadun kehittämiselle. Itsearviointin voi tehdä organisaatio, työyksikkö, tiimi tai yksittäinen ammattihenkilö. Itsearviointinissa peilataan omaa toimintaa ja työn laatua joko itse luotuihin tai valmiisiin kriteereihin, tavoitteisiin tai vaatimuksiin. Valmiita, laajempia ja koko toiminnan kattavia, itsearviointiin soveltuvia kriteeristöjä löytyy muun muassa ISO standardeista, Suomen laatupalkintomallista, King's Fund -auditointijärjestelmästä sekä ITE – itsearviointimenetelmästä. Itsearviointiin lähdetään yleensä tarpeesta selvittää itselle, missä mennään ja mitä toiminnan alueita pitäisi parantaa. Kiinnostus voi syntyä myös luettessa kirjallisuutta ja kuultaessa toisten antoisista arviointikokemuksista. Itsearviointin tiellä ensimmäinen vaihe on päätöksen tekeminen arviointiin ryhtymisestä. Seuraavaksi on valittava käytettävä arviointimenetelmä tai toimintamalli. Menetelmään perehtyminen, itsearviointiprosessin suunnittelu, varsinaisen arvioinnin toteutus sekä arvioinnin tulosten kokoaminen ovat muita tärkeitä vaiheita. Itsearviointi jää kuitenkin puolitiehen, jos tuloksia ei hyödynnetä. Itsearviointinista pitäisikin muodostua jatkuvan laadunkehittämisketjun osa. Itsearviointin lisäksi tarvitaan myös asiakasarviointia, vertaisarviointia ja ehkä ulkopuolisen tahon suorittamaa arviointia, jotta toiminnan laadusta saataisiin riittävän monipuolinen ja luotettava kuva.



Mistä on kyse

Tällä polulla paneudutaan siihen, miten itsearviointi toimii laadun kehittämisen lähtökohtana. Itsearviointi tarkoittaa tässä laadun arviointitapaa, jossa palvelun tuottaja arvioi järjestelmällisesti omaa työskentelyään ja työn tuloksia. Itsearvioinnissa, kuten missä tahansa muussakin arvioinnissa, pysähdytään punnitsemaan jonkin asian hyvyyttä tai täsmentämään, millainen jokin asia on.

Itsearvioinnissakin tarvitaan mittapuita; arviointiperusteita, joihin nojautuen pystytään tekemään johtopäätöksiä omasta toiminnasta. Laadunhallinnassa mittapuita voivat toimia vaikkapa laatukriteerit, jotka konkretisoivat laatu-käsitteen sisältöä ja laadulle asetettavia tavoitteita (ks. Polku 6). Itsearvioinnissa peilataan ja verrataan omaa toimintaa erilaisten kriteeristöjen osoittamiin laatuvaatimuksiin.

Itseään voi arvioida niin koko organisaatio, työyksikkö kuin yksittäinen työntekijäkin. Monet sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatavat kannustavat työntekijän ja työyhteisön itsearviointiin. Esimiehen ja henkilöstön väliset kehityskeskustelut, työyhteisön kehittämisprosessit, työtovereiden ja asiakkaiden antama palaute jne. ovat esimerkkejä tilanteista, joissa itsearviointia tapahtuu.

Työyhteisöä kehitettäessä omaa toimintaa voidaan arvioida yhteisissä ryhmäkeskusteluissa. Yleisesti käytetty apuväline on tällöin esimerkiksi * *SWOT – nelikenttäanalyysi*, jossa analysoidaan työyhteisön tai ammattiryhmän vahvuuksia ja heikkouksia sekä kyseisen alan uhkia ja mahdollisuuksia. Opiskelijanohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa perustuu sekin nykyisin suurelta osin itsearviointiin. Opiskelija puntaroi opettajan tai tutorin avustuksella opiskelun kuluessa omaa osaamistaan ja valmiuksiaan tehdä työtä. Voidaankin olettaa, että tulevilla ammattilaisilla on paremmat valmiudet itsearviointiin kuin nykyisellä sukupolvella.

Itseään arvioiva työyhteisö oppii koko ajan. Arviointi on normaali osa työyksikön toiminnan ja sen henkilöstön kehittämistä. Kun koko henkilöstö on mukana arvioimassa toimintaa, se johtaa ennemmin tai myöhemmin itsearviointiin myös henkilökohtaisella tasolla. Henkilökohtainen laatu sisältää sen, miten hyvin työntekijät pystyvät omassa työssään toteuttamaan organisaation laatupoliitiikkaa tai laadunhallintajärjestelmän periaatteita. Henkilökohtainen laatu on myös halua ja kykyä saada aikaan tuloksia silloinkin, kun se vaatii ylimääristä vaivannäköä.

Itsearvioinnin kriteereitä

Edellä todettiin, että itsearvioinnissa tarvitaan arvioinnille perusteita, kriteereitä. Arviointikriteereitä on laadunhallintaan olemassa valmiinakin, joskin omien kriteereiden luominen juuri omiin tarpeisiin on myös mahdollista. Valmiita kriteeristöjä tai vaatimuksia, joihin omaa toimintaa peilataan, sisältyy esimerkiksi * *ISO 9000 standardeihin*, * *Suomen laatupalkintoon* ja * *palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelmaan ja auditointiin* (King's Fund). Nämä kaikki ovat

vaativia sekä laajoja ohjelmia ja edellyttävät melkoisen kehittämisprosessin läpivientiä organisaatiossa.

Suomen Standardisoimisliiton Sertifiointiyksikön laatima itsearvioinnin kysymyssarja perustuu standardeihin ISO 9001 ja 9002 (standardeista enemmän työkalut-osassa). Kysymyssarja on tehty sertifiointia haluavien yritysten avuksi ja se liittyy yhtenä osana sertifiointiprosessiin. Kysymyssarjassa pyydetään arvioimaan, miten yrityksessä on huolehdittu standardin vaatimusten täyttymisestä.

Suomen laatupalkinnon arviointiperusteet toimivat sellaisenaan myös yritysten itsearvioinnin pohjana. Itsearviointi suoritetaan yleensä kerran vuodessa ja tyypillistä on, että se on kytketty organisaation strategisen suunnittelun prosessiin. Itsearviointi antaa selvän kuvan toiminnan nykytilasta ja se lisää tietoisuutta kilpailukyvyyn ja jatkuvan parantamisen välttämättömyydestä. Se auttaa organisaatiota hahmottamaan myös, mikä on oma taso suhteessa muihin. Itsearvioinnin suorittaa usein johtoryhmä tai esimiesten ryhmä. Suomen laatupalkinnon arviointikriteerit on jaettu kahdeksaan arviointialueeseen, joilla on yhteensä 21 kriteeriä. Pääarviointialueita ovat johtajuus, asiakas- ja markkinasuuntautuneisuus, strateginen suunnittelu, tiedot ja niiden analysointi, henkilöstö, prosessien hallinta, toiminnan tulokset ja yhteiskunnalliset vaikutukset

Palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelmassa ja auditoinnissa (King's Fund) edellytetään jokaiselta toimintayksiköltä ja työntekijältä jatkuvaa ammatillisen työn tulosten ja laadun, palvelulinjojen toimivuuden ja potilaiden tyytyväisyyden arviointia ja kehittämistä. Auditointiohjelma on laadittu alunperin sairaaloita varten, mutta kokemusten myötä sitä on kehitetty palvelemaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttää. Itsearviointi on nelivaiheisen kehittämisprosessin keskeinen osa.

Erityisesti työyksiköitä ja pieniä organisaatioita varten on Suomen Kuntaliitossa kehitetty ** ITE-menetelmä*, joka on edellisiä suppeampi. Suppeudesta huolimatta organisaation tai yksikön koko toiminta on arvioitavana. Toimintaa arvioi koko henkilöstö, joka myös analysoi tuloksia ja määrittää kehittämistarpeet.

Työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä (ITE) on tarkoitettu paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiden myös muiden julkisella tai yksityisellä sektorilla toimivien työyksiköiden käyttöön (menetelmästä lisää työkalu -osassa). Tämä yksinkertainen ja helppokäyttöinen menetelmä on muista 'koulukunnista' riippumaton. Kuitenkin ITE-menetelmän ja muiden järjestelmien välille on luotu yhteydet, niin, että eteneminen kohti laajempia laadunhallinnan menetelmiä on mahdollista. Arvioitavat alueet ovat pitkälti samat kuin muissakin laadunhallintakriteeristöissä. Johtaminen, yksikön perustehtävä, prosessien hallinta, erilaisten asiakkaiden huomioon ottaminen sekä palvelujen seuranta, mittaaminen ja arviointi ovat esimerkkejä itsearvioinnin kohteista. ITE-menetelmä tarjoaa mahdollisuuden saada konkreettinen ote laadusta. Sitä käytetään usein ensi askeleena ja henkilökunnan valmentajana laadun kehittämisen tiellä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietyille toimialoille voidaan laatia alalle erityisesti suunniteltuja arviointikriteeristöjä. Esimerkki tällaisista kriteeristöistä on työterveyshuoltoon suunniteltu auditointimatriisi.

Työterveysyksikön auditointimatriisi on kehitetty työterveydenhuollon käyttöön. Perustana on ‘Hyvä Työterveyshuoltokäytäntö’ (HTTK). Auditointimatriisi koostuu 12 eri osa-alueesta, joille kaikille on määritelty neljä laatutasoa: huono, tyydyttävä, hyvä ja HTTHK eli hyvää työterveyshuoltokäytäntöä vastaava taso. Matriisi sopii kehittäjiensä mukaan tällä hetkellä parhaiten itseauditointiin, jolloin saadaan näkemys yksikön vahvoista vahvoista ja kehittämistä vaativista asioista. (Martimo 1997)

Edellä on esitelty joitakin itsearviointinissa käytettyjä kriteeristöjä yritysten ja organisaatioiden sekä työyksiköiden käyttöön. Itseään arvioivassa työyhteisössä työntekijät väistämättä arvioivat myös omaa henkilökohtaista tapaansa tehdä työtä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on kehitelty Tuloskuntomittaria, jossa henkilöstö arvioi oman työyhteisönsä tilannetta ja ilmapiiriä ja samalla omaa suhdettaan yhteisessä toiminnassa.

Tuloskuntomittarissa on 22 kysymystä, joihin henkilökunta vastaa arvioimalla eri asioiden tärkeyttä ja samojen asioiden tilaa omassa työyhteisössä. Arviointilomaketta on jaettu koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstölle esimiesten välityksellä. Erityistä huomiota on kiinnitetty tulosten hyödyntämiseen. Mittarin antamaa tietoa on käytetty muun muassa johdon ja esimiesten koulutuksen lähtökohtana sekä tulos- ja kehityskeskustelujen pohjana. Myös sairaanhoitopiirin suunnitteluohjeissa on mittarin tuloksia hyödynnetty.

Itsearviointi on osa muuta arviointia

Itsearviointi kuuluu osana ‘arviointiperheeseen’, jossa muita jäseniä ovat muun muassa vertaisarviointi, asiakasarviointi ja kolmannen osapuolen arviointi. *Vertaisarviointinissa (Peer Review)* kahden koulutukseltaan tai taidoiltaan samanlaisessa asemassa olevan kollegan tai vertaisten muodostama ryhmä arvioi kriittisesti ja järjestelmällisesti toistensa toimintaa. Arvioinnista voi seurata suosituksia toiminnan parantamiseksi.

Asiakasarviointinissa palvelujen käyttäjä tai muu asiakas arvioi esimerkiksi asiakaspalautteen avulla saamaansa palvelua tai yhteistyötä. Arviointi voi olla pyydettyä tai muulla tavoin saatua. Asiakasarviointi voi kohdistua tyytyväisyyteen saadusta palvelusta, palvelun vaikuttavuuteen ja saatuun hyötyyn, palvelutapahtumaan tai kohteluun. (ks. Polku 1). Asiakasarviointiin voidaan lukea myös toisen osapuolen (esim. ostaja) suorittama arviointi tai sisäisen asiakkaan tekemä arviointi.

Kolmannen osapuolen arviointi on niin sanotun riippumattoman tahon suorittamaa arviointia (auditointia), jonka perusteella organisaatiolle voidaan myöntää

tunnustus tai todistus vaatimuksenmukaisuudesta (laadun tunnustus, sertifikaatti ym.).

Laadunhallinnassa arvioinnin synonyyminä käytetään myös termiä *auditointi*. Auditoinnissa selvitetään järjestelmällisesti samoja asioita kuin arvioinnissakin: ovatko toiminnot ja niiden tulokset suunnitelmien, sovittujen tai annettujen kriteerien mukaiset. Auditointi voi olla ulkoista, jolloin auditoinnin suorittaja on yleensä auditoitavasta kohteesta riippumaton henkilö (kolmannen osapuolen arviointi). Sisäisessä auditoinnissa joku työpaikan työntekijä tai ryhmä toteuttaa arvioinnin ja tarkastuksen tiettyjen pelisääntöjen mukaan.

Miksi ja milloin

Itsearviointiin lähdetään usein halusta kehittää ja parantaa omaa toimintaa. Halutaan tietää, missä mennään ja ollaanko oikealla tiellä laadun kehittämisessä. Itsearviointi on samalla suunnan etsimistä. Oman toiminnan arviointi on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tuttua jo monen vuoden takaa. Arviointi on kuulunut työikäntöön, vaikka sanaa laatu ei käytettykään. Arviointi ei kuitenkaan ole ollut kovin järjestelmällistä ja jatkuvaa. Voidaan kärjistäen todeta, että 'arviointi ilman arviointiperusteita ja jatkuvuutta on vain arvausta ja ajankulua'.

Joskus työyhteisöissä käynnistetään itsearviointi, kun halutaan toimia valtakunnallisten suositusten mukaan. Stakesin, STM:n ja Kuntaliiton viimeisen laadunhallintasuosituksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiltä, johdolta ja myös henkilöstöltä edellytetään itsearviointia. Itsearviointi nähdään yhtenä keinona saada laatutyöhön järjestelmällisyyttä ja sitoutuneisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadusta ja sen kehittämisestä kiinnostuneet ammattilaiset saattavat törmätä kirjallisuudessa itsearviointia käsitteleviin artikkeleihin tai raportteihin tehdyistä arvioinneista. Tämä herättää usein kiinnostuksen kokeilla itsekin. Samaan johtaa, jos jokin lähistöllä sijaitseva vastaavanlainen organisaatio toteuttaa itsearviointia ja kokemukset leviävät ympäristöön.

Itsearviointimalli voi tulla organisaatioon jonkin laajemman laadunhallintamenetelmän mukana. Jos organisaatio on valinnut laadun kehittämismallikseen esimerkiksi ISO 9001 -standardin mukaisen laatujärjestelmän, Suomen Laatu-palkintokriteerit, tai King's Fund -auditointiohjelman, kuuluu itsearviointi näihin tavalla tai toisella. Usein itsearviointi tulee mukaan jo kehittämisohjelman alussa.

Melko tavallista on, että organisaation tai yrityksen johto tekee päätöksen lähteä kehittämään laatua täsmentämättä tarkemmin, millaisen menetelmän valitsee. Itsearviointi antaa mahdollisuuden tilannearvioon ja harkintaan, ennen kuin päätetään etenemisen suunnasta ja valittavasta menetelmästä.

Vaihteita ja valintoja

1. Päätös itsearviointiin ryhtymisestä

Itsearvioinnin polku käynnistyy päätöksestä ryhtyä järjestelmälliseen oman työn arviointiin. Samalla päätetään, toteutetaanko itsearviointi koko organisaatiossa vai vain joissakin työyksiköissä. Saattaa olla hyödyllistä aloittaa itsearviointi ensin jossain työyksikössä, jonka kokemuksia voidaan sitten hyödyntää muissa työyksiköissä ja koko organisaatiossa.

Päätöksen taustalla on tavallisesti keskusteluja ja pohdintoja esimerkiksi siitä, mitä laadun hyväksi oikein pitäisi tehdä omassa työyhteisössä. Ehkä on mietitty myös konsultin käyttöä, koulutukseen menoa tai jonkin laajemman laadunhallintamenetelmän käyttöönottoa. Joku työntekijöistä on voinut tutustua johonkin itsearviointimalliin koulutustilaisuudessa tai jatko-opintojen yhteydessä ja on innostuneena tuonut idean mukanaan työpaikalleen.

Jo aivan itsearviointipolun alkuvaiheessa on hyvä nimetä vastuuhenkilö tai -henkilöt, jotka huolehtivat siitä, että tehty päätös myös toteutetaan. Päätös on tehtävä riittävän korkealla tasolla linjaorganisaatiossa, jotta varmistetaan tarvittavat resurssit ja muu tarvittava tuki jatkotyöskentelylle.



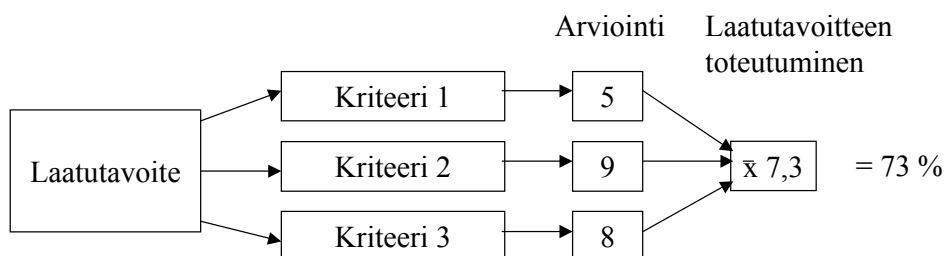
2. Menetelmän valinta

Kun päätös itsearviointiin ryhtymisestä on tehty valitaan menetelmä, jonka mukaan toimitaan ja/tai kriteeristö, jonka mukaan arviointi suoritetaan. Valittavana on useita valmiita kriteeristöjä, joita on tässä luvussa on jo esitelty. Valmiista kriteeristöistä osa on käytettävissä poimimalla ne julkaisusta tai muusta kirjallisesta esityksestä, osa edellyttää kehittämissopimuksen tekemistä kriteeristön ‘omistajan’ kanssa. Menetelmän valinnan pohjaksi on hyvä vielä täsmentää seuraavia asioita:

- ☐ Miksi haluamme tehdä itsearvioinnin, mihin sitä tarvitsemme?
- ☐ Mihin haluamme itsearvioinnin kohdentuvan? Koko toimintaan vai vain sen osaan?
- ☐ Miten paljon työpaikalla on jo toteutettu oman toiminnan arviointia? Miten näiden arvioinnin tulokset voisi hyödyntää mahdollisessa tulevassa itsearvioinnissa?
- ☐ Keiden kaikkien halutaan osallistuvan itsearviointiin – vain johto vai koko henkilöstö mukana?
- ☐ Pystymmekö toteuttamaan itsearvioinnin itsenäisesti vai tarvitsemmeko avuksi kouluttajaa, konsulttia tai ohjaajaa?
- ☐ Paljonko meillä on aikaa ja rahaa, paljonko haluamme niitä itsearviointiprosessiin käyttää?
- ☐ Haluammeko jatkaa laadun kehittämistyötä arvioinnin tulosten pohjalta?

Jos mikään valmis kriteeristö ei houkuttele itsearviointiin tai itsearviointi kohdistuu johonkin rajattuun osaan toiminnasta, on mahdollista luoda arviointikriteerit itse. Kriteerit voidaan luoda yleisesti koskien koko toimintaa (esimerkiksi hyvän vanhustyön kriteerit) tai vain osalle toimintaa (hyvän dokumentoinnin kriteerit). Kriteereille joudutaan luomaan vielä arviointiasteikko, joka määrittää arvioinnin tuloksen (hyvä, huono, tyydyttävä...).

Seuraavassa kuviossa on esimerkki mallista, jonka mukaan aivohalvauspotilaita hoitava työryhmä arvioi oman työnsä laatua itselaadittujen laatukriteerien mukaan (kuvio 3).



Kuvio 3. Esimerkki itselaadittuun laatukriteeristöön pohjautuvasta itsearviointimallista. (Laatu aivohalvauspotilaan fysioterapiassa, 1992)

Omien kriteerien luomisessa kannattaa ottaa huomioon, että

- ☐ kriteerien tulee edustaa niitä ominaisuuksia, joita hyvälle laadulle omassa työpaikassa asetetaan; on siis ensin määriteltävä laatutavoitteet tai laatuvaatimukset,
- ☐ kriteerien tulee olla ymmärrettäviä, selkeitä ja riittävän konkreettisia,
- ☐ yksittäisten kriteerien määrää on syytä rajata, jos halutaan kriteereistä toimiva työkalu arkityöhön,
- ☐ omat kriteerit kuvaavat ehkä hyvin omaa työtä, mutta arvioinnin tulosta ei voi yleistää eikä verrata muihin työyhteisöihin,
- ☐ kriteerien laatiminen vaatii asiantuntemusta paitsi laadun sisällön määrittämisestä myös asioiden luokittelusta ja jäsentelystä ylipäätään,
- ☐ laatimistyö vaatii paljon aikaa ja resursseja.

Tässä luvussa laatukriteereitä tarkastellaan itsearvioinnin perustana. Kriteereillä on myös muita tehtäviä, joita kuvataan tarkemmin jäljempänä (ks. Polku 5).



3. Perehtyminen menetelmään

Jos itsearviointiin tueksi valitaan valmis malli, on valittuun menetelmään perehtyminen on seuraava tärkeä vaihe. Perehtyminen voi tapahtua opiskelemalla arviointikäytäntö itsenäisesti kirjoista tai muista julkaisuista. Koko henkilökunnalle järjestetty yhteinen menetelmään perehdytyskoulutus on paikallaan, jotta kaikki pääsevät samalla lähtöviivalle ja mahdollisimman moni henkilökunnasta voisi olla ‘täysillä’ mukana arvioinnissa.

Hyvän kuvan itselle kaavaillusta menetelmästä saa myös hankkimalla tiedon henkilöistä tai organisaatioista, jotka ovat kyseistä menetelmää käyttäneet. Näin voi täydentää käsityksiään ja osaamistaan käyttäjien kokemuksilla. Kokeneempien käyttäjien kanssa käydyissä keskusteluissa tulee esille myös se, miten välitetään sudenkuopat tai ehkäistään ennalta huonojen ratkaisujen syntyä. On myös mahdollista osallistua ulkopuoliseen koulutukseen, sillä useat itsearviointimallien kehittelijät järjestävät koulutusta menetelmänsä käytöstä.



4. Oman itsearviointiprosessin suunnittelu

Itsearviointiin ei ole syytä rynnätä suin päin. Kannattaa ensin pysähtyä hetkeksi suunnittelemaan järkevä ja omaan organisaatioon soveltuva etenemismalli. Samalla voi täsmentää itselle, minkä vuoksi itsearviointiin ryhdytään ja miten arvioinnin tuloksia hyödynnetään laadun parantamiseksi. Vaikka koko itsearviointiprosessin läpivientiinkin on olemassa valmiita malleja, on silti tärkeä suunnitella, miten asia juuri meidän yksikössä tai organisaatiossa hoidetaan. Ketkä osallistuvat arviointiin? Milloin arviointi tehdään? Paljonko varataan aikaa? Miten ja missä tiloissa arviointi tapahtuu? Kuka vastaa mistäkin vaiheesta? Kuka tekee yhteenvedon ja raportin?

Suunnittelu kannattaa ulottaa aina tulosten hyödyntämiseen ja jatkotyöskenteelyyn asti. Kirjallinen suunnitelma auttaa arvioimaan onnistumista ja voi olla ulkopuolisillekin tahoille (ostajat) dokumentti siitä, että toiminnassa panostetaan laadun parantamiseen. Itsearviointin käynnistäminen ja käyttöönotto työyhteisössä voi olla myös oma projektinsa ja vaatii näin oman projektisuunnitelmansa (ks. Polku 4).



5. Arviointiprosessi

Itsearviointin toteutus tapahtuu suunnitelman mukaisesti. Itsearviointiin voi suorittaa vain johto ja esimiehet yhdessä tai siihen voi osallistua koko työyhteisö. Arviointi voidaan tehdä johtoryhmän kokouksessa, henkilökunnan palaveris-

sa, osastokokouksessa tai varta vasten järjestetyssä yhteisessä tilaisuudessa. Arviointi voidaan liittää myös kehittämis- tai koulutuspäivän osaksi. On hyvä, jos arviointia edeltää vastuuhenkilön lyhyt ohjaus, jossa käydään vielä kerran läpi itsearvioinnin pelisäännöt. Pelisäännöt on hyvä olla myös kirjallisina etenkin silloin, jos työntekijät tekevät itsearvioinnin muulloin kuin yhteisessä tilaisuudessa. Itsekseen tai omalla ajalla tehtyyn itsearviointiin saattaa olla tarvetta esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa, jossa henkilökunta tekee työtään useammassa vuorossa.

Järjestelmällisesti toimivassa työyhteisössä itsearviointiprosessi (miten arviointi tehtiin) ja tulokset raportoidaan aina kirjallisesti. Näin arviointiin voidaan palata vaikkapa vuoden päästä ja verrata sitä uuteen itsearviointiin tai muiden työyhteisöjen arviointeihin. Itsearviointi on tosin tiukoistakin kriteereistä huolimatta melko subjektiivista, joten erilaisiin vertailuihin on suhtauduttava varauksellisesti. Suuntaa antavana ja keskustelujen pohjana vertailut ovat kuitenkin paikallaan.

Seuraavassa esimerkissä kuvataan Peijaksen sairaalan kokemuksia Suomen laatupalkintokriteeristöön perustuvasta itsearviointiprosessista.

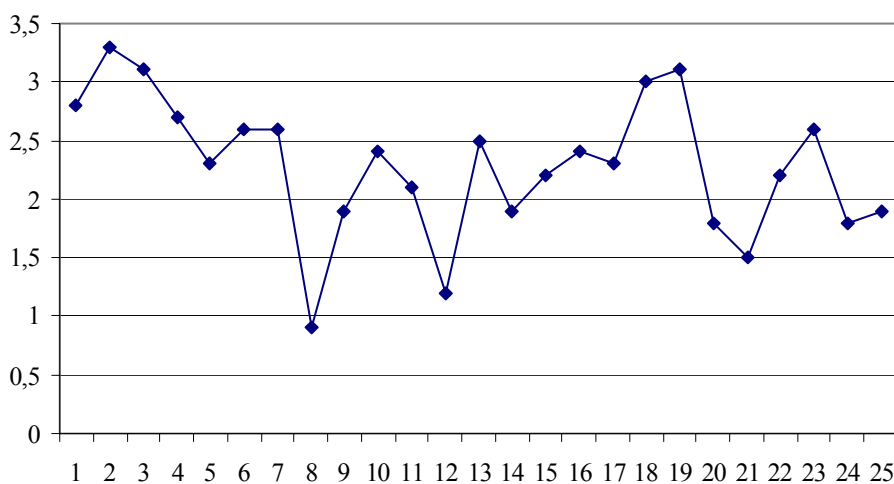
Peijaksen sairaalan laatutyöryhmä valitsi itsearvioinnin kriteereiksi vuonna 1995 Suomen laatupalkintokriteerit. Kriteereitä on tarkoitettu käyttämään kehittämis-työkaluina eikä sairaala suunnitellut osallistuvansa laatupalkintokilpailuun. Itsearviointi tehdään säännöllisesti kahden vuoden välein. Sairaalassa on tähän mennessä (1999) tehty 11 itsearviointia vastuu- ja toimintayksikkötasolla. Ensimmäisen arvioinnin teki johtoryhmä. Itsearviointitapahtuma kestää Peijaksessa kaikkiaan kaksi ja puoli työpäivää. Ennen varsinaista itsearviointi-istuntoa pidetään yhteinen iltapäivä, jolloin käydään läpi kriteeristä ja sovitaan käsitteiden tarkoittamista asioista. Varsinainen itsearviointi-istunto kestää kaksi peräkkäistä työpäivää. Istunnot on pidetty sairaalan ulkopuolella. Tämän jälkeen sovitaan kehittämiskohteiden työstämisestä sekä vastuuhenkilöistä ja aikataulusta. Sairaalan laatutyöryhmä ei ole järjestelmällisesti seurannut kehittämiskohteiden toteutumista, vaan se on jäänyt työyksiköiden johdon tehtäväksi. Itsearviointiin osallistuneet ovat pitäneet sitä hyödyllisenä. On saatu kuva nykytilanteesta ja niistä parantamiskohteista, jotka ovat haitanneet toimintaa eniten. Kaikki osallistuvat toiminnan kehittämiseen eli siitä tulee yksikön yhteinen asia, vaikka laatupalkintokriteerit ovatkin viime kädessä johdon työkalu.



6. Tulosten analysointi ja johtopäätökset

Yhteenvedon tekeminen sekä tulosten analysointi ja arviointi päättävät varsinaisen itsearvioinnin polun. Piste voidaan panna myöskin vasta johtopäätösten teon jälkeen. On makuasia, luetaanko tähän polkuun luuluvaksi vielä tulosten hyödyntäminenkin. Tässä julkaisussa käsitellään tulosten hyödyntämistä vasta kohdassa 'Entäs sitten'.

Jos kyseessä on suuri työyhteisö ja arvioijina koko henkilökunta, helpottaa yhteenvedon laatimista, kun arvioinnit on viety esimerkiksi atk-laskentataulukoon. Yhteenvedoista ja analyyseistä nähdään yleensä helposti yksikön vahvat alueet ja parantamista vaativat alueet (kuvio 4). Pelkkä näkeminen ei luonnollisesti riitä. Arviointiin osallistuneiden yhteinen pohdinta ja johtopäätösten tekeminen tuloksista on välttämätöntä. Monet itsearviointijat ovat olleetkin sitä mieltä, että jälkikeskustelut työyhteisössä ovat arvioinnin parasta antia. Keskustelu käynnistyy helposti, kun on konkreettinen asia tarkasteltavana. Tavallista on, että keskustelu pyörii arvioinnin tulosten ympärillä: ”kuinka joku voi arvioida ihan eri tavalla kuin minä”, ”minä en ainakaan ole tiennyt, että työpaikallamme huolehditaan tästä asiasta”... Tilanne on varsin samankaltainen erilaisine käsityksineen oli sitten kyseessä työntekijöistä koostuva ryhmä tai johtoryhmä.



Kuvio 4. Esimerkki erään palvelutalon henkilökunnan itsearviointien yhteenvedosta laatuprofiilina. (ITE-menetelmä).

Entäs sitten

Itsearviointin jälkeinen ‘elämä’ voi haarautua uusiin polkuihin. Tulosten pohjalta voidaan **korjata toimintaa ‘tässä ja nyt’ -periaatteella**. Useimmiten kannattaa kuitenkin käydä läpi koko arviointikysymysten tai laatukriteerien joukko ja määrittää järjestelmällisesti parantamisalueet, niiden keskinäinen aikataulu sekä vastuuhenkilöt. Itsearviointin tulokset voidaan **sisällyttää myös toimintasuunnitelmaan** kirjaamalla parantamista vaativat asiat tavoitteiksi, jotka pyritään saavuttamaan toimintakauden aikana. Tulokset voidaan liittää myös strategiseen suunnitteluun, jolloin vahvuudet ja parantamisalueet toimivat vaikkapa nykytilanteen kartoittajana.

Parantamista vaativien alueiden kehittämiseen voidaan asettaa myös **projekti**, jonka päättymisajankohta selvästi sovitaan (ks. Polku 6).

HYKS:n fysioterapeuttien laaturyhmä päätti vuonna 1997 toteuttaa itsearviointin fysiatrian yksiköissä ITE-menetelmän mukaan. Arviointi ja jatko-työskentely toteutettiin vuoden mittaisena projektina. Fysioterapeuteille järjestettiin ITE-menetelmästä informaatiotilaisuus, minkä jälkeen reilut 100 fysioterapeuttia teki itsearviointin (98 %). Kunkin työntekijän itsearviointin tulokset kirjattiin tarkoitusta varten kehitettyyn atk-laskentaohjelmaan. Tuloksista laadittiin laatuprofilit ja laskettiin tarvittavat tunnusluvut sekä työyksikkökohtaisesti että koko HYKS:n tasolla. Kaikissa yksiköissä käytiin keskustelut arviointin tuloksista ja valittiin työntekijöiden mielestä viisi keskeistä parantamisaluetta. Fysioterapeuttien laaturyhmä valitsi työyksiköiden ehdottamista kehittämiskohteista yhteiseksi tehtäväksi jonkin keskeisen asiakasprosessin kuvaamisen. Prosessin kuvaamista harjoiteltiin kahdessa koulutustilaisuudessa. Yhteensä 13 prosessia kuvattiin, analysoitiin ja arvioitiin. Itsearviointi on tarkoitus tehdä uudestaan parin vuoden kuluttua. Kehittämishanke kokonaisuudessaan on raportoitu HYKS:n julkaisuna “Toiminnan itsearviointi ja asiakasprosessikuvaukset”. Raportti ilmestyi huhtikuussa 1999.

Itsearviointi voi **innostaa myös muunlaiseen arviointiin**, jos yksikössä ei vielä ole laajasti ja monipuolisesti toteutettu arviointia. Kun yksi kynnyks on ylitetty, on helpompi katsoa kriittisesti ympärilleen laajemminkin. Katsotaan esimerkiksi asiakkaiden suuntaan ja ryhdytään kysymään asiakkaidenkin arvioita siitä, miten palveluissa on onnistuttu. Halutaan verrata omaa toimintaa muiden vastaavien organisaatioiden tai työyksiköiden toimintaan. Vertailun apuna voidaan käyttää esimerkiksi dokumentteja itsearviointin tuloksista. Omaa toimintaa halutaan ehkä parantaa etsimällä vielä parempia ratkaisuja ja toimintamalleja vaikkapa Benchmarking-toiminnan avulla. Kun itsearviointin avulla on tunnistanut omat parantamisen paikkansa, osaa niihin myös etsiä korjausideoita muualta. Itsearviointi valmistaa ja **valmentaa myös ulkoiseen arviointiin**, joka ei ehkä tunnu niin rajulta tapahtumalta kuin aikaisemmin olisi tuntunut. Samoja asioitaahan sitä arvioi itse kuin jokin ulkopuolinen asiantuntijakin.

Itsearviointin polkua voitaisiin kutsua myös ‘päättymättömäksi’ poluksi. Siinä kuljetaan **jatkuvan kehittämisen kehää**. Aina palataan arvioimaan uu-

destaan ja uudestaan, onko tapahtunut mitään kehitystä edellisen arviointikerran jälkeen. Onko mikään muuttunut? Tavoitteiden asettelu, suunnittelu, arviointi sekä toiminnan parantaminen ja muuttaminen haluttuun suuntaan muodostavat vuodesta toiseen jatkuvan kehittämissyklin. Laatumaailmassa tällaisen jatkuvan kehittämisen mallin tai oikeammin johtamisympyrän, on esittänyt yhdysvaltalainen Deming kuvatessaan ketjua suunnittelu (PLAN), toteutus (DO), arviointi (CHECK) ja muutosten läpivieminen (ACT). Demingin ympyrää, josta käytetään nimitystä * *PDCA-malli*, on käytetty työkaluna lukuisissa laatutöissä ympäri maailmaa.

Vielä mietittäväksi

Itsearviointin hyödyt ovat monentasoiset, kuten arviointitasotkin; organisaatio- ja työyksikkötasolla saadaan varmuutta ja systemaattisuutta tuleviin parannustoimiin, kun tiedetään vahvuudet ja heikkoudet. Henkilökohtaisella tasolla samoin. Voidaan myös suunnitella laatua parantavaa ja ylläpitävää ammatillista sekä muuta koulutusta vastaamaan paremmin tarpeita.

Itsearviointia varten on kehitetty erilaisia tietokoneavusteisia ohjelmia, kuten muun muassa Suomen laatupalkinnon työlomakkeisto ja MBA Malcolm Baldrige Arviointi for Windows- ohjelmisto. Tietokoneavusteisuuden tavoitteena on tukea laajaa osallistumista itsearviointiin sekä tarjota apua itse dokumentointiin ja arviointiin. Itsearviointia ei tee tietokoneavusteiseksi se, että käsin kirjoittamisen sijasta dokumentointi hoidetaan tekstinkäsittelyllä tai taulukkolaskennalla. Todellista tietokoneavusteisuutta on se, että tietämättä mitään asiasta – olemalla vain kiinnostunut oman työyhteisönsä kehittämisestä – kuka tahansa voi osallistua täysipainoisesti itsearviointiprosessiin. (Vakkuri 1996).

Itsearviointi on luonteenomaista laadunhallinnalle ja myös sen välttämätön edellytys. Mitä lähemmäksi työntekijän omaa henkilökohtaista työn laatua mennään, sitä vaikeampi on kohdata ‘silmästä silmään’ esimerkiksi laatupuutteita tai laadun parantamistarpeita. Voi olla hätkähdyttävää myös huomata, että omalla työpanoksella voi olla merkittävä vaikutus kokonaislaatuun. Kun laatupuutteita huomataan, voi helposti sortua selittelemään ja vierittämään huonon laadun syyksi ajanpuutteen tai riittämättömät resurssit. Tärkeää olisi pystyä rehellisesti kohtaamaan kehittämistä vaativat asiat myös silloin, kun sormi osoittaa omaan suuntaan.

Julkaisussa ‘Henkilökohtainen laatu’ esitetään kolme yksinkertaista väittämää, joiden ymmärtäminen on välttämätöntä henkilökohtaisen laadun kehittämiseksi:

- ☐ “Ihmisen parhaat yksittäissuoritukset voivat poiketa uskomattoman paljon hänen tavallisesta suoritustasostaan.”
- ☐ “Eri tilanteissa yksikön saavutukset voivat vaihdella todella paljon.”
- ☐ “Eri ihmisten suorituksissa on parhaimmillaankin hyvin suuria eroja.”

Henkilökohtaisen laadun ja yllä lueteltujen väitteiden merkitys korostuu entisestään, kun miettii sitä, että palvelun laatu viime kädessä syntyy palvelun aikana työtä tehtäessä. Tutkimuksissa havaitut suuret vaihtelut hoito-, hoiva-, kuntoutus- ym. prosessien laadussa saavat osin selittäjänsä henkilökohtaisen laadun vaihteluista. Työyksiköissä tehdyissä itsearvioinneissa kannattaa henkilökohtainen laatu ottaa myös esiin pohdittavaksi: voisiko esimerkiksi mahdollisille laatuvaihteluille tehdä jotain? Miten itse voi edistää palvelun laatua omassa organisaatiossa tai työyksikössä?

Yksittäisen työntekijän omien pohdiskelujen tukena voi käyttää vaikkapa Turkka Tunturin (1999) hyviä ohjeita:

- ☐ Katsele maailmaa avoimin silmin. Voi olla helpottavaa huomata, että on erilaisia mielipiteitä ja näkökulmia, jotka kaikki voivat olla yhtä oikeita kuin omasi.
- ☐ Kysele, kuuntele ja ole valmis muuttamaan mielipiteitäsi. Laadunparannustyötä on helpompi tehdä kun huomaa, ettei ole täydellinen.
- ☐ Etsi ja löydä asiakkaasi. Ketä sinä palvelet? Monimutkaisissa ketjuissa voi palvella käyttäjäasiakkaan lisäksi myös muita ympärilläsi.
- ☐ Löydä tiimisi ja arvosta sitä. Nykyinen työ on niin vaativaa, ettei sitä aina kyetä tekemään yksin. Pääset parhaiten eteenpäin yhdessä
- ☐ Tutustu omaan työhösi. Kirjaa omat tärkeimmät tehtäväsi ja tee näistä jokaisesta lyhyt kuvaukseksi, josta ilmenevät keskeiset periaatteesi ja toimintasi. Usein kirjoitetaan, siten kuin haluttaisiin toimia. Mitäpä, jos alkaisit toimia kirjoittamasi mukaan. Siinä olisi sinun laatukäsikirjasi. Tämän jälkeen voit alkaa parantaa tekemistäsi.
- ☐ Tutustu työsi tuloksiin. Ihmisen luontoon kuuluu usko oman työn hyvään laatuun. Tätä kannattaa testata työyhteisön muilla jäsenillä ja parantaa laatukäsikirjaansa.
- ☐ Määrittele, mitä hyvä laatu on sinun ja työyhteisösi työssä.

Lähteitä

Deming E. Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology. Cambridge 1982.
Henkilökohtainen laatu. Kaiken laadun edellytys. Time Manager International A/S. 1998.

Holma T. ITE-menetelmä itsearviointiin ja laadunhallintaan. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1997.

Holma T. ITE. En metod för självbedömning och kvalitetsledning. Finlands Kommunförbund. Helsingfors 1998.

Laamanen K. Kohti huippusuorituksia. Organisaation itsearviointi. Suomen Laatu-yhdistys ry. Lahti 1995.

Laatu aivohalvauspotilaan fysioterapiassa. (Toim. T. Holma). Sairaalaliitto. Helsinki 1992.

Laatujärjestelmät. SFS-ISO 9000 standardisarja. Suomen Standardisoimisliitto SFS r.y.

Martimo K-P. Työterveyshuollon valtakunnalliset kokeilut – työterveyshuollon auditointimatriisi. Työterveyslääkäri 1996:4;413–420.

Martimo K–P. Kokemuksia työterveysyksikön auditointimatriisin käytöstä. Työterveyslääkäri 1997:1;43–47.

Pelkonen M, Perälä M-L. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Hygieia. Tampere 1992.

Sarala U, Sarala A. Oppiva organisaatio – oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Tammer-paino, Tampere 1996.

Suomen laatupalkinto 1997. Esite ja arviointiperusteet. Suomen laatuyhdistys ry. Helsinki 1997.

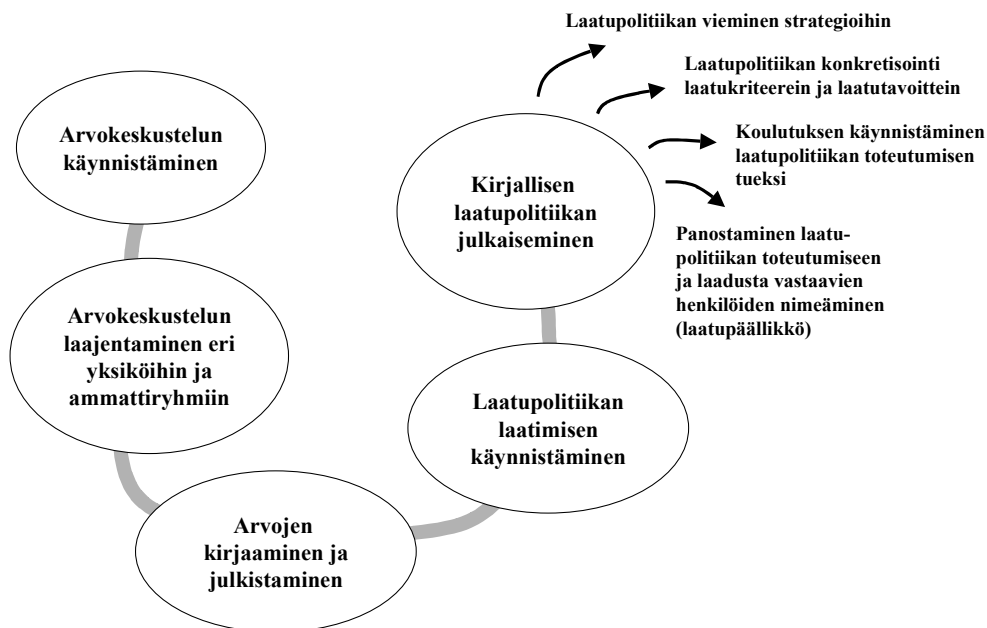
Tunturi T. Miten lähteä liikkeelle. Julkaisussa: Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki 1999.

Vakkuri J. Itsearviointi ja sen tietokoneavusteiset muodot. Laatuviesti:1996:2.

Polku 3

Arvokeskustelusta laatupolitiikkaan

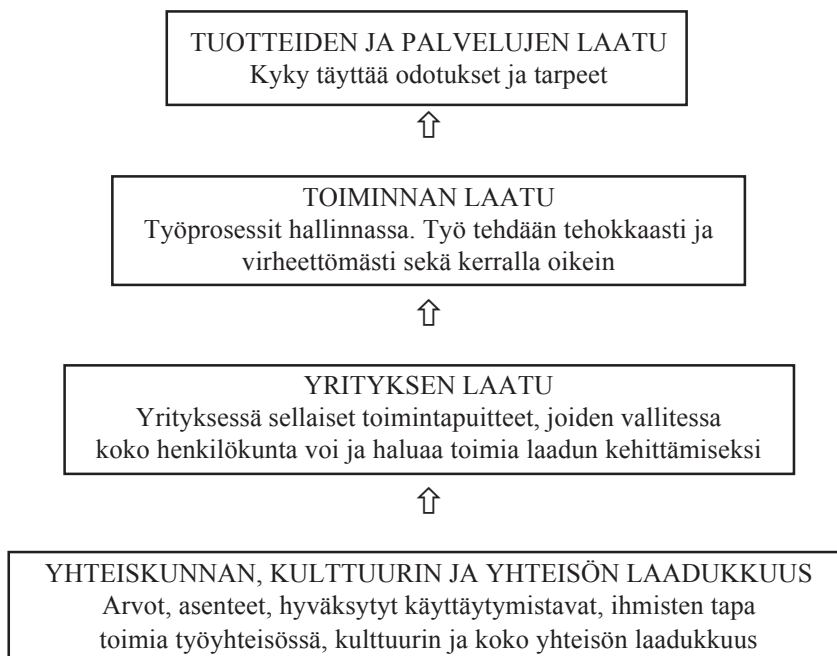
Arvokeskustelusta laatupolitiikkaan johtavan polun tähtäimenä on yhteisen suunnan ja linjan löytäminen laatutyölle. Arvot ilmaisevat, millainen organisaatio haluaa olla ja ne ohjaavat toimimaan ja käyttäytymään tietyllä tavalla. Arvoista keskustelemaan ja niiden selkeyttämiseen lähdetään esimerkiksi tarpeesta lisätä linjakkuutta päätöksentekoon tai tarpeesta parantaa työyhteisön henkeä. Arvot tulevat erityisen ajankohtaiseksi silloin, kun aletaan laatia organisaation laatupolitiikkaa. Tällä polulla on keskustelulla – johdon, henkilökunnan ja asiakkaiden välisellä vuoropuhelulla – keskeinen asema. Arvokeskustelu ja laatupolitiikan laadinta voivat olla ensimmäinen askel laatutiellä. Toisaalta näihin asioihin voidaan herätä silloin, kun laatutyötä on jo tehty ja huomataan, että tarvitaan yhteistä pohjaa ja linjanvetoa. Arvokeskustelu voi käynnistyä ensin johtoryhmässä esimerkiksi toiminta-ajatusta tarkastelemalla. Henkilökunnan ja julkisella sektorilla luottamus-henkilöiden mukana olo on tärkeitä muun muassa sitoutumisen varmistamiseksi. Arvokeskustelun käynnistämisen lisäksi polun vaiheita voivat olla arvokeskustelun laajentaminen eri yksikköihin ja ammattiryhmiin, arvojen kirjaaminen ja julkistaminen, laatupolitiikan laatimisen käyntiin paneminen sekä laatupolitiikan julkaiseminen kirjallisesti. 'Arvoprosessi' tarvitsee oman aikansa, jotta arvot eivät jäisi vain idealistisiksi lauseiksi paperille. Tärkeintä on, että arvot näkyvät myös käytännön työn tasolla.



Mistä polulla on kyse

Tässä kuvataan arvokeskustelusta laatupolitiikkaan johtavaa polkua. Polun tärkeinä on yhteisen suunnan ja linjan löytäminen laatutyölle ja sinne johtavien selkeiden tavoitteiden täsmentäminen. Selkeät, määritellyt arvot ovat järjestelmällisen ja menestyksekkään laatutyön edellytys.

Laadun ja arvojen yhteyttä voi tarkastella laadun hierarkiatasojen kautta:



Arvot liittyvät organisaation kulttuuriin. Toiminta- ja käyttäytymistavat ja työyhteisön ulkoiset puitteet kuvastavat organisaation kulttuuria ja ovat sen näkyvä taso. Kanssakäymistä ja suhtautumista asiakkaaseen ohjaavat sekä epäviralliset, kirjoittamattomat pelisäännöt että virallinen rakenne, kirjalliset määräykset ja ohjeet (määräysvalta, työnjako, alais- ja valtasuhteet, viestintäkanavat). Syvimmällä käyttäytymistä ja ajattelutapoja ohjaavat perusoletukset, jotka on opittu vähitellen arkipäivässä organisaation historian kuluessa. Näkyvimmän ja tason ja syvimmällä olevien perusoletusten välissä ovat arvot, jotka on yhteisesti hyväksytty ohjaamaan esimerkiksi suhtautumista toisiin ihmisiin.

Arvoilla tarkoitetaan niitä asioita, joita organisaatiossa pidetään arvossa. Ne ilmaisevat, millainen organisaatio tahtoo olla ja ne ohjaavat toimimaan ja käyttäytymään tietyllä tavalla. Näin ymmärrettynä arvo on toimintaa ohjaava normi. Arvo ei yleensä ole kovin yksityiskohtainen, yksittäisiin toimiin tai 'temppeihin' kohdistuva, vaan se keskittyy enemmän tavoitteisiin ja toimintaa ohjaaviin periaatteisiin. Arvoilla kuvataan tavoiteltua asiantilaa, jonka eteen organisaatiossa ollaan valmiita ponnistelemaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tällaisina pidetään esimerkiksi asiakaslähtöisyyttä, ammattitaitoisesti toimimista ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (Lillrank 1998)

Organisaation ja sen toimintaympäristön kulttuuri ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Työyhteisön perustarkoitus – miksi se on olemassa ja mitkä ovat sen perustehtävät – määräytyy toimintaympäristöstä. Työyhteisö tarvitsee yksimielisyyttä toiminta-ajatuksesta ja perustehtävästä, tavoista tehdä työtä, käytettävistä työvälineistä, tuloksen mittaamisesta, palkitsemis- ja informaatiojärjestelmistä jne. Johtamiskulttuuri voi määrätä organisaation tehokkuuden ja tavan saada asioita tehdyksi. Toiminnalle aiheutuu kitkaa, jos johtajien ja työntekijöiden arvostukset ovat keskenään ristiriitaisia.

Asiakaspalvelukulttuuri taas muodostuu tavoista toimia asiakaspalvelutilanteissa, työntekijöiden omista ja työyhteisön normeista sekä arvoista ja perusolettamuksista. Mitä yhteneväisempiä ne ovat, sitä parempaa palvelu on. Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisön kulttuuria muokkaava tekijä on myös käsitys ihmisestä, terveydestä ja hyvinvoinnista.

Työyhteisön arvojen ja normien lisäksi tärkeitä ovat asiakkaiden ja heidän taustayhteisöjensä kulttuuriin liittyvät arvot ja normit. Ne vaikuttavat siihen, millaisin odotuksin asiakas tulee palveluja tuottavaan organisaatioon ja kohtaa sen edustajan. Asiakkaiden käyttäytymisnormeja muokkaavat muun muassa uskonto, kansalaisuus, ikä, koulutus ja sosiaaliluokka.

Arvoista keskustelemiseen ja niiden selkeyttämiseen, ‘arvoprosessiin’, lähdetään monesta syystä. Tuntuu siltä, että tarvitaan lisää linjakkuutta päätöksentekoon tai halutaan parantaa työpaikan henkeä. Motiivi voi olla myös tarve selviytyä muutoksesta ja hallita sitä. Yhteisesti sovittuun arvoperustaan nojaten voidaan kehittää johtamiskulttuuria, vahvistaa henkilökunnan jaksamista, edistää kokonaisviestintää sekä ennen kaikkea parantaa ja syventää yhteyttä asiakkaisiin. Tarkoitus on luoda organisaatiossa yhteistä pohjaa, johon perustuen ihmiset tekevät suunnilleen samansuuntaisia valintoja.

Lillrank (1998) pitää arvoja vahvana organisaation rakentamisen ja johtamisen välineenä, koska arvokäsitys vaikuttaa nimenomaan valintatilanteisiin. Toisena perusteluna arvojen korostamisen tärkeydelle ja niiden huolelliselle pohtimiselle hän esittää sen, ettei nykyaikana ole mahdollista käskyttää ja kontrolloida kaikkea. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa toimivasta henkilökunnasta suurin osa on saanut vahvan ammatillisen peruskoulutuksen. Tuntuu mahdottomalta ajatella, että heidän näkemyksensä sivuutettaisiin ja ‘arvot annettaisiin ylhäältä’. Käymällä arvokeskustelua henkilökunnan kanssa varmistetaan arvoihin sitoutumista ja mahdollistetaan se, että henkilökunnan mielipiteet vaikuttavat siihen, mitkä arvot nostetaan keskeisiksi.

Monet sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestöt ovat viime aikoina laatineet eettisiä ohjeistoja helpottamaan päivittäisessä työssä eteen tulevien tilanteiden ratkaisemista. Henkilökunta saattaa kokea ristiriitaa omien ohjeistojensa ja organisaatiossa tehtyjen tai odotettavissa olevien päätösten välillä (voimavarojen supistaminen, priorisointi). Nämä ohjeistot kannattaa ottaa esiin silloin, kun arvoista lähdetään keskustelemaan.

Edellä on pohdittu arvokeskustelun käymistä ja arvojen selkeyttämistä organisaation johtamisen kehittämisen yhteydessä. Arvot tulevat usein ajankohtaiseksi silloin, kun aletaan laatia organisaation laatupolitiikkaa.

Laatupolitiikalla tarkoitetaan ‘ylimmän johdon organisaatiolle määrittämää yleistä tapaa suhtautua laatuun’ (SFS-EN ISO 8402). Laatupolitiikka on osa yrityksen yleistä toimintapolitiikkaa ja sillä on ylimmän johdon valtuutus. Sen tehtävänä kertoa sekä organisaation henkilökunnalle että asiakkaille, miten organisaatio suhtautuu laatuun: minkälaista laatua tavoitellaan, millainen organisaatio haluaa olla lähitulevaisuudessa tai pidemmällä tähtäimellä.

Sekä arvokeskustelu että laatupolitiikan muotoileminen ovat keinoja, ei päämääriä sinänsä. Voikin sanoa, että niiden merkityksen kannalta olennainen ‘testi’ on arvojen ja laatupolitiikan näkyminen käytännössä.

Tällä polulla on keskustelulla – johdon, henkilökunnan ja asiakkaiden välisellä vuoropuhelulla – aivan keskeinen asema. Polkua kuvattaessa tuodaankin esiin erilaisia keskustelun tekniikoita ja työtapoja, joita voidaan hyödyntää ja joilla varmistetaan sitoutumista läpi organisaation.

Miksi ja milloin

Tällä polulla voi tunnistaa kolmenlaisia lähtötilanteita, joita kuvataan seuraavassa tarkemmin. Organisaatio voi olla aivan laatutiensä alussa, miettimässä, ‘mitä oikein laatuasioissa pitäisi tehdä’. Toisaalta arvokeskusteluun ja laatupolitiikan laadintaan voidaan herätä, kun laatutyötä on jo tehty eri tavoin ja huomataan, että kaivataan yhteistä linjaamista. Organisaatio voi myös olla aivan elinkaarensa alussa, vasta aloittamassa toimintaansa.

Laatutiensä alussa olevassa organisaatiossa pohditaan usein, mitä pitäisi laatuasioissa tehdä. Laatutyön käynnistämiseen on tullut paineita erilaisista **laadunhallintasuosituksista*, mutta myös muissa vastaavanlaisissa organisaatioissa tehdyistä ratkaisuista. Johto haluaa myös löytää keinoja sitouttaa henkilöstö laatutyöhön, jota ollaan käynnistämässä. Yleensä ei ole käyty yhdessä keskustelua siitä, mitkä arvot toiminnassa ovat keskeisiä. Tavoitteiden asetteluun on jo tulosjohtamisessa totuttu, mutta tavoitteet ovat ehkä olleet voittopuolisesti tehtäväkeskeisiä ja taloudellisia.

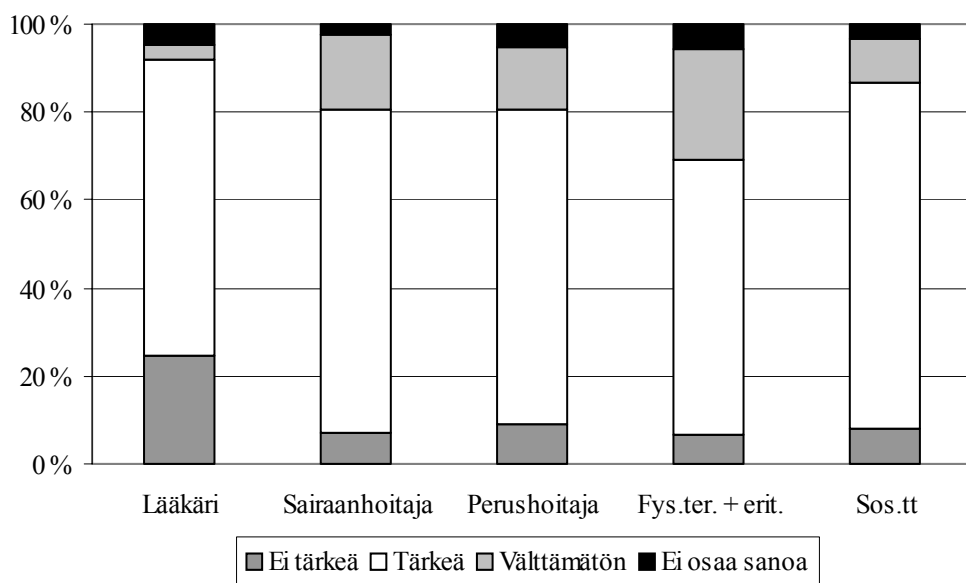
Arvokeskustelun välttämättömyyteen herätään usein tilanteissa, joissa on pakko priorisoida, karsia tai supistaa toimintaa. Näille toimille halutaan löytää yhteisesti hyväksyttävissä olevia perusteita. Käynnistäjänä voi olla ympäristössä tapahtuva tai oletettu muutos. Suhdanteissa voi olla epävarmuutta tai heilahtelua, joihin halutaan varautua ja miettiä keinoja tilanteen hallintaan. Laatusuuntautuneisuus ja -aktiivisuus on käyntikortti ulospäin tilaajille ja ostajille. On muistettava varoa ‘tyhjänpuhumista’ tai väärän mielikuvan antamista: keskeisiksi valituilla arvoilla pitää olla todellinen vastine arkipäivässä.

Mahdollinen tilanne on myös se, että organisaatiossa on jo tehty laatutyötä eri yksiköissä ja eri muodoissa. Monenlaista laatutyötä tehnytkin organisaatio saattaa havahtua arvokeskustelun ja yhteisten linjausten tekemisen tärkeyteen. Tällaisissa tilanteissa ehkä huomataan, että tehty laatutyö on eriytynyt ammattiryhmäkohtaisesti, kunkin ammattiryhmän sisällä tapahtuvaksi. Eri ammattiryhmät ovat tehneet omia juttujaan eivätkä löydä toisiaan. Äärimmäisessä tapauksessa

voi olla jopa eroavia käsityksiä siitä, mitä 'laatu' tarkoittaa, puhumattakaan laadunhallinnasta, sen lähestymistavoista ja menetelmistä.

Eräessä tutkimuksessa (Holma, 1998) selvitettiin, miten tärkeinä sairaalassa työskentelevät ammattiryhmät pitävät laadun eri osa-alueita ja laadunhallintaan liittyviä tehtäviä. Tausta-ajatuksena oli, että mahdollisilla mielipide-eroilla voi olla vaikutusta ammattiryhmien yhteisen laatutyön onnistumiselle.

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, johon osallistui 231 terveydenhuollon ammattilaista viidestä eri ammattiryhmästä ja kolmesta eri sairaalasta. Ammattiryhmiksi oli valittu lääkärit, sairaanhoitajat, perushoitajat, fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät. Kaikki ammattiryhmät pitivät suurinta osaa kysytyistä 38 kohdasta tärkeänä. Mielipiteiden keskiarvojen erot eri ammattiryhmien välillä olivat pieniä. Erot olivat kuitenkin johdonmukaisia. Eniten mielipiteiden välisiä eroja yksittäisten muuttujien kohdalla oli lääkäreiden ja fysioterapeuttien kesken. Lääkärit pitivät vähiten tärkeänä sitä, että eri potilasryhmien hoidosta on kirjalliset toimintaohjeet, sairaalassa on yhteisesti sovittu laatupolitiikka, hyvän hoidon ja asiakaspalvelun periaatteet ovat kirjallisena ja sairaalassa on systemaattinen asiakaspalautejärjestelmä.



Kuvio 5. Eri ammattiryhmien mieliteitä laadun suunnitteluun (*) sisältyvien asioiden tärkeydestä. (Holma 1998).

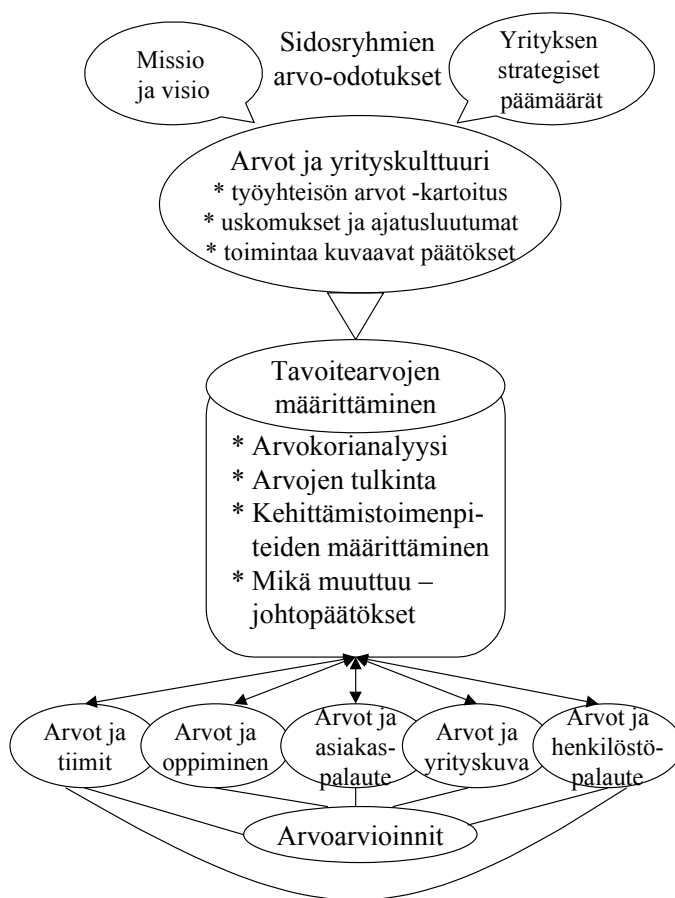
(*) Laadun suunnitteluun sisältyivät mm. kirjallinen vastuunjako, kirjalliset toimintaohjeet ja -periaatteet sekä yhteisesti sovittu laatupolitiikka.

Laatuhankkeet ovat saattaneet käynnistyä työntekijöiden innostuksesta, mutta johto ei ole ollut aktiivisesti mukana. Huomataan, että tarvitaan johdon otetta ja kokonaisvaltaista näkemystä, jotta laatutyölle löytyisi yhteinen linjaus.

Tarve keskusteluun voi syntyä myös silloin, kun tehdään ensimmäistä kertaa itsearviointia jonkin kriteeristön avulla. Useimmissa itsearviointikriteeristöissä on arviointikohdat, joissa kysytään arvojen selkiyttämistä ja toiminta-ajatuksen olemassaoloa. Arviointitilanteissa huomataan, ettei niitä ole olemassakaan. Tällainen on tilanne varsinkin pienissä organisaatioissa. Vielä useammin huomataan, että ne ovat jääneet vieraiksi henkilökunnalle, jolloin niillä ei ole todellista ohjaavaa vaikutusta.

Perustettaessa aivan uutta organisaatiota tai toimintayksikköä halutaan arvot määritellä jo etukäteen, jotta toiminta voidaan suunnitella niiden pohjalta. Tilojen ja toiminnan suunnittelussa ja henkilöstön hankinnassa voidaan päätyä täysin erilaisiin ratkaisuihin riippuen siitä, minkälaisen arvojen pohjalta toimitaan. Arvokeskustelua käydään kahdessa eri vaiheessa: perustamisen yhteydessä ja sitten toiminnan käynnistyessä, kun henkilökuntaa valitaan.

Työyhteisön arvoprosessin virtausmallin on hahmotellut Tapio Varis (1999), (kuvio 6). Hän kuvaa sitä seuraavasti: "Siinä työyhteisön keskeiset sidosryhmät asettavat työyhteisön toiminnalle arvo-odotuksia. Työyhteisön missio ja visio ovat arvotäyteisiä tahdonilmaisuja työyhteisön tehtävästä ja tavasta hahmottaa toimintaympäristönsä. Missio eli yrityksen perustehtävä, jota varten se on olemassa, on osalle työyhteisöjä lähes pyhä arvotunnustus, joka kertoo työyhteisön toiminnan henkisen perustan."



Kuvio 6. Työyhteisön arvoprosessi (Varis 1999).

Vaiheita ja valintoja

1. Arvokeskustelun käynnistäminen

Arvokeskustelu käynnistyy usein ensin esimerkiksi johtoryhmässä. Pohjana voi olla nykyisen toiminta-ajatuksen tai palveluajatuksen tarkastelu. Usein yleisesti hyväksyttyjä sosiaali- tai terveydenhuollon arvoja on mainittu esimerkiksi toiminta-ajatuksessa, mutta niiden konkretisoitumista käytännön työhön ei ole mietitty. Hyvä lähtökohta onkin aikaisemmin eri yhteyksissä käydyn keskustelun analysointi ja arviointi.

Tarve selvittää asiakkaiden arvoja ja niiden muuttumista tunnistetaan jo tässä vaiheessa. Tärkeä asetettava kysymys on, tunnetaanko ne vai perustuuko käsitys

organisaation omiin oletuksiin? Esimerkiksi ympäristöarvot ovat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa jääneet melko vähälle huomiolle. Kun tämä kysymys on asetettu, voidaan päätyä keskusteluun omien todellisten asiakkaiden kanssa (fokusryhmät, kuulemistilaisuudet tai muu vastaava **asiakaspalautemenetelmä*).

Julkisissa sosiaali- ja terveystalveissa luottamushenkilöiden mukaan ottaminen arvokeskusteluun ja myös laatuolitiikan laadintaan tuo esiin käyttäjien näkökulmia ja vaikuttaa tulevaisuudessa tehtäviin rahoitusratkaisuihin. Arvokeskustelu voidaan käynnistää heti alusta alkaen organisaation johdon ja luottamusmiesten yhteisessä koulutuksessa tai seminaarissa. Sitoutumisen varmistamiseksi heidän tulisi osallistua viimeistään arvojen 'hyväksymiseen'.

Apuvälineinä laatuolitiikan laadinnassa voidaan käyttää erilaisia henkilökunnalle suunnattuja kyselyjä, asennekartoituksia tai laatuosaamisen kartoitusta. Keskustelun pohjana käytettäväksi sopii myös seuraava kysymyssarja. Sen avulla voidaan paneutua siihen, mitä laatu merkitsee juuri omassa organisaatiossa ja miksi se on tärkeää.

Laatukeskustelua tukeva kysymykset:

1. Mitä laadulla tarkoitetaan?
2. Miksi laatu on tärkeää juuri meidän organisaatiollemme?
3. Mitä tekisit toisin toiminnan laadun parantamiseksi?
4. Mitkä aiheuttavat organisaatiossamme eniten laatuksennuksia
 - siirrellään asioita/tavaroita/palveluja turhaan paikasta toiseen
 - sählytään samoja asioita moneen kertaan
 - tehdään usein asiakkaan kannalta turhaa työtä, tehdään paljon ylimääräisiä työsuorituksia/varastoidaan liikaa tavaroita
5. Keitä asiakkaita ja mitä sidosryhmiä laatumme koskee?
6. Mitkä ovat organisaatiomme johtohenkilöiden tehtävät laatuäyötä käynnistettäessä ja kehitettäessä?
7. Miten laatuäimintaa nyt toteutetaan ja seurataan?
8. Mitkä ovat organisaatiomme/yksikkömmö/osastomme yhdessä sovitut laatuäavoitteet tällä hetkellä?

(Särmäkari 1998) Samassa lähteessä on esitetty myös laajempi kysymyssarja.

Joskus tässä vaiheessa johtoryhmä hankkii laatuäoulutusta, koska arvokeskustelun yhtenä päämääränä on nimenomaan laatuolitiikan laatiminen, laatuävoitteiden määrittely ja laadunhallintaa koskevien valintojen tekeminen. Usein harkitaan myös laatuäoulutusta koko henkilökunnalle.

Keskustelun apuvälineinä voidaan käyttää esimerkiksi **tuplatiiimiä*, **mind map-tekniiikkaa* ja avioriihityöskentelyn erilaisia variaatioita (**laatuäyökalut*).



2. Arvokeskustelun laajentaminen eri yksiköihin ja ammattiryhmiin

Kun halutaan saada koko henkilökunta mukaan arvokeskusteluun, laaditaan johtoryhmässä kunnollinen (projekti)suunnitelma keskustelun käymisestä eri yksiköissä tai ammattiryhmissä. Suunniteltaessa organisaation arvokeskustelun toteuttamista voi hyödyntää seuraavaa listaa niistä tekijöistä, joilla onnistunut ‘arvoprosessi’ toteutetaan.

Miten toteutetaan onnistunut arvoprosessi?

1. Johto on sitoutunut voimakkaasti arvojen vahvistamiseen. Johdon rooli on tärkeä sekä prosessin käynnistämiseen että sovellutusvaiheessa. Johto puhuu asiasta ja soveltaa itse sovittuja arvoja.
2. Arvoprosessi perustuu realistiseen nykytilan analyysiin. Jokaisella yrityksellä on arvonsa, usein tiedostamattomia ja pinnan alla.
3. Alusta alkaen tehdään selväksi, mitä arvoprosessilla haetaan. Prosessi fokusoidaan, joskaan ei tiukan orjallisesti.
4. Prosessi tehdään mahdollisuuksien mukaan koko henkilökunnan kanssa. Megayrityksissä prosessin alkuvaiheeseen kytketään mahdollisimman monia näkemyksiä, ja koko henkilökunta tulee mukaan arvojen maastottamisen vaiheessa.
5. Arvojen etsimiseen varataan riittävästi rauhallista aikaa.
6. Arvot linkitetään nykyisiin prosesseihin: strategiaan, visioon, päivittäiseen toimintaan.
7. Arvoprosessiin liitetään koulutusta: väki ymmärtää, mistä on kysymys.
8. Prosessi ottaa huomioon yrityksen toimialan, historian ja sidosryhmien odotukset.
9. Etsitään sekä toiminnallisia arvoja että huippuarvoja. Arjen tehokkuus ja eettinen idealismi kuuluvat mukaan.
10. Arvoprosessi on käytännön toimintaa, ja sen avulla etsitään työkaluja tavallisen toiminnan tueksi. Arvojen sovellutus tehdään suunnitelmallisesti.

(Aaltonen T. 1999)

Jos organisaatiossa on olemassa laaturyhmä tai on valittu laatuvaastava tai laatupääällikkö, voidaan tehtävä antaa sille. Särmäkari (1997) korostaa, että vaikka kyseessä on enemmänkin monivaiheinen laatuolitiikkaa valmisteleva prosessi kuin jollekin henkilölle tai ryhmälle annettu ‘kirjoitustehtävä’, on kuitenkin luonnollista, että organisaatioon nimetty laaturyhmä tms. toimii asiassa aktiivisena linkkinä asiakkaiden, johdon ja henkilöstön välillä.

Johto(ryhmä) toimii käytyjen keskustelujen tulosten kokoajana. Tyypillistä on, että henkilökunnalta saadaan runsaasti ehdotuksia, jotka voivat olla jopa keskenään ristiriitaisia. Koska keskeisiä, toimintaa ohjaavia arvoja ei voi nimetä rajattomasti, niiden priorisoiminen jää organisaatiossa usein johdon tehtäväksi. Tässä voi apuna käyttää multivoting-äänestystä (**laatutyökalut*).



3. Arvojen kirjaaminen ja julkistaminen

Johto/vastuuryhmä laatii ensimmäisen kirjallisen version ‘meidän arvoistamme’, joka taas kierrätetään henkilökunnalla/yksiköissä kommenteilla. Viimeistään tässä vaiheessa mietitään, missä muodossa ja missä yhteydessä arvot tullaan esittämään kirjallisena dokumenttina. Mahdollisuuksia on monia: osaksi laatu-politiikkaa, julistukseksi, periaatteiksi, **palvelusitoumukseksi*, strategian/palveluajatuksen liitteeksi, eettiseksi ohjeistoksi tai seinätauluksi. Tiivistetyssä muodossa dokumentti voidaan myös antaa asiakkaillekin. Esimerkiksi Peijaksen sairaalassa arvot on painettu 7,5 x 10,5 sentin kokoiselle, muovipinnoitetulle kortille, joka mahtuu mukavasti vaikka henkilökunnan taskuun.

<p>Peijaksen sairaalan arvot <i>Potilas on Peijaksessa etualalla</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Kunnioitamme potilaan ihmisarvoa suhtautumalla häneen kunnioittavasti ja hienotunteisesti.– Kohtelemme kaikkia potilaitamme tasa-arvoisesti ja yksilöllisesti.– Pyrimme antamaan potilaalle riittävästi tietoa hoidosta ja tutkimuksista.– Kunnioitamme potilaan oikeutta päättää hoidostaan. <p><i>Henkilökunta on Peijaksen voima</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Arvostamme työtovereitamme ja olemme valmiit tukemaan toisiamme.– Koulutamme itseämme ja kehitämme jatkuvasti ammattitaitoamme.– Osaamisemme ja palveluhalumme takaavat potilaalle hyvän ja turvallisen hoidon.– Luomme yhteistyöllä Peijakseen me-henkeä. <p><i>Laatutavoitteet Peijaksessa ovat korkeat</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Työtämme ohjaa väestön tarpeisiin perustuva suunnitelmallisuus.– Käytämme voimavaramme tehokkaalla ja taloudellisella tavalla.– Käytämme uusinta tutkimustietoa turvataksemme potilaille mahdollisimman korkeatasoisen hoidon.– Huolehdimme siitä, että sairaalamme tutkimus- ja hoitoedellytykset ovat asianmukaiset.	<p>Värderingarna på Pejas sjukhus <i>Det är patienten som prioriteras på Pejas</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Vi respekterar patientens människovärde genom att bemöta henne högakttningsfullt och finkänsligt.– Vi behandlar alla våra patienter likvärdigt och individuellt.– Vi vill ge våra patienter tillräckligt med information om vården och undersökningarna.– Vi respekterar patients rätt att besluta om sin vård <p><i>Personalen är Pejas styrka</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Vi värdesätter våra arbetskamrater och vi är redo att stöda varandra.– Vi utbildar oss och utvecklar ständigt vår yrkesskicklighet.– Vårt kunnande och vår tjänstvillighet garanterar att patienten får en god och trygg vård.– Vi skapar genom samarbete en vanda på Pejas. <p><i>Kvalitetsmålen är högt ställda på Pejas</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Vårt arbete styrs av en planläggning som baserar sig på befolkningens behov.– Vi använder våra resurser på ett effektivt och ekonomiskt sätt.– Vi anlitar nya undersökningsrön för att trygga en så högstående vård som möjligt för patienten.– Vi sköter om att undersöknings- och vårdförutsättningarna på vårt sjukhus motsvarar nutida krav.
---	--

Kirjalliseen muotoon saattamisen jälkeen ‘arvot’ jaetaan eri yksiköiden esimi-
miehille ja henkilökunnalle. Tähän vaiheeseen voidaan liittää koulutustilaisuuksia.
Arvojen sisäistämistä ja toteutumista pitää seurata. Ne voivat esimerkiksi
olla yksi keskustelunaihe kehityskeskusteluissa.



4. Laatupolitiikan laatiminen käyntiin

Siirryttäessä arvokeskustelusta laatupolitiikan valmisteluun on hyötyä siitä, että
selvittää laatukäsitteiden sisällön itselle. Apuna voidaan käyttää ISO 8402 -sa-
nastoa tai sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanastoa. Tarkoituksena on varmis-
taa, että organisaatiolla on yhteinen, samalla tavalla ymmärretty ‘laatukieli’.

Laatupolitiikassa määritellään ja kirjataan yhteisön toimintapolitiikka laadun
suhteen, tavoitteet laadulle ja sitoutuminen laatuun. Laatupolitiikan tulee olla
myös yhteisön tavoitteiden (arvojen) mukainen sekä vastata asiakkaiden tarpeita
ja odotuksia. Laatupolitiikka heijastaa millainen tuotteen tai palvelun laatu tuo
lisäarvoa ja on tärkeätä asiakkaiden, palvelun tilaajien, rahoittajien ja valvojen
näkökulmasta. Se kertoo myös henkilöstön sitoutumisesta laadukkaaseen palve-
lutuotantoon: “tässä olemme hyviä/parhaita”.

Laatupolitiikan punainen lanka, palveluajatus, löytyy luontevasti tarkastele-
malla organisaation arvolähtökohtia. Siitä johdettu yhteisön tulevaisuudenkuva
(visio, toiminta-ajatus, strategia) auttaa myös tunnistamaan yleiset laatutavoit-
teet. Visiolla tarkoitetaan tavoitetulevaisuutta ja palveluajatuksella perusarvoista
johdettua tapaa toimia ja antaa palveluja. Palveluajatus on yksi avainasioista
hyvään laatupolitiikkaan pyrittäessä.

Jos kunnalla on oma laatupolitiikka, se otetaan huomioon kunnan sosiaali- ja
terveydenhuollon organisaatioiden laatupolitiikan laadinnan yhteydessä. Laatu-
politiikka on luonteeltaan melko pysyväksi tarkoitettu, mutta sitä voi ja tulee
muuttaa toimintaympäristön muuttuessa. Arviointitarpeen tunnistaminen ja
muutoksen menettelytapa voidaan kirjata laatupolitiikkaan. Seuraavaa listaa voi
käyttää ‘tarkistuslistana’, sitten kun laatupolitiikka on kirjattu.

Hyvän laatupolitiikan sisältöön kuuluvat mm.

- ☐ toimintaa ohjaavat tärkeimmät tausta-arvot
- ☐ keskeiset laatutavoitteet, joiden on oltava suhteessa toimintaympäristöön
ja sen muutoksiin
- ☐ mittaaminen eli millä tavoin osoitetaan tavoitteisiin pääsy
- ☐ miten organisaatio käytännössä toimii päästäkseen näihin tavoitteisiin
eli laadunhallinnan menetelmien valinta
- ☐ vastuutahojen tehtävämäärytykset laadun suhteen
- ☐ voimavarat eli henkilöstö ja palveluvarustus, joilla laatupolitiikan toteu-
tuminen varmistetaan (oltava suhteessa laatutavoitteisiin)
- ☐ voimassa toistaiseksi, päiväys
- ☐ johdon allekirjoitus.

(Särmäkari 1997)



5. Kirjallisen laatupolitiikan julkaiseminen

Laatupolitiikka nimetään organisaatioon sopivalla tavalla. Se voidaan myös julkistaa **palvelusitoumuksen* eli laatulupauksen muodossa tai osana sitä. Laatupolitiikan uskottavuutta vahvistetaan allekirjoittamisella. Siinä voivat olla mukana johto, johtokunta, johtoryhmä, henkilöstön edustaja jne.

On myös varmistettava, että sekä henkilökunta että asiakkaat (palvelujen käyttäjät, tilaajat, rahoittajat) ymmärtävät laatupolitiikan ja että laatupolitiikkaa toteutetaan ja ylläpidetään organisaation kaikilla tasoilla. Keinoina voivat olla koulutustilaisuudet ja keskustelut yksiköissä ja työpisteissä siitä, mitä laatupolitiikka tarkoittaa omassa työssä. Ymmärrettävyyteen vaikuttaa käytetty kieli ja sen vastaavuus organisaation omaan kieleen.

Entäs sitten?

Laatupolitiikka on usein sen verran yleinen, ettei se vielä käytännön tasolla ohjaa toimintaa. Ellei julkaisemisesta edetä käytäntöön, voi koko laatupolitiikka jäädä 'kuolleeksi' paperiksi.

Miten päästään arvojen ja laatupolitiikan näkymiseen käytännössä? Laatupolitiikan julkaisemisen jälkeen voidaan edetä esimerkiksi seuraavilla tavoilla.

Laatupolitiikan sisältämät asiat ja periaatteet voidaan viedä vähitellen **osaksi organisaation erilaisia strategioita**. Voidaan esimerkiksi varmistaa, että laadittu vanhustyön strategia nojautuu laatupolitiikkaan tai henkilöstöpolitiikassa otetaan huomioon laatupolitiikan painotukset.

Koko organisaation laatupolitiikan konkretisoimiseksi voidaan määritellä **tarkempia laatukriteerejä tai laatutavoitteita**. Ihannetilanteessa ne ovat niin selkeästi määriteltyjä, että niitä voidaan mitata. Silloin voidaan arvioida, miten tavoitteet toteutuvat ja tiedetään, miten pitkällä ollaan tavoitteiden saavuttamisessa. Kullekin tavoitteelle luodaan seurantamenettely ja ohjeistetaan se. Seuraavassa vaiheessa työskentely siirtyy johdolta esimiehille. Koko organisaation yhteiset laatutavoitteet konkretisoidaan työprosessien laatutavoitteiksi ja työyksiköiden omiksi laatutavoitteiksi. (ks. mittaripolku).

Toisessa visiossa **panostetaan laatupolitiikan toteutumiseen ja sen edellytyksiin**. Monesti nähdään tarpeellisena käynnistää laatupolitiikan mukaista koulutusta ja ehkä nimittää laaturyhmä tai laatuohjaajia yksiköihin, kenties nimitetään laatupäällikkö. Päätöksiä tehdään voimavaroista ja suunnitellaan laatuohjelma, jossa kuvataan, minkälaisilla keinoilla laatupolitiikka saadaan toteutettua. Laatupolitiikan visioina voi olla laatuajattelma.

Vielä mietittäväksi

Arvokeskustelua ei aina ei tarvita, vaan voidaan panostaa heti laatupolitiikan laatimiseen.

Arvokeskustelu on tärkeää erityisesti silloin, kun kaksi organisaatiota (esimerkiksi kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto, kotisairaanhoido ja kotipalvelut) yhdistetään tai on tehty päätös muuttaa radikaalisti organisaation toimintatapaa (esimerkiksi prosessien uudelleensuunnittelu, Business Process Re-engineering tai organisaation muuttaminen tiimiorganisaatioksi). Uuden toimintastrategian toteuttaminen on vaikeaa, ellei uusi ole sopusoinnussa työyhteisön vanhojen perusoletusten, arvojen ja työskentelytapojen kanssa. Myös uuden teknologian tulo on samalla tavalla kulttuurin muutosongelma. Yhdistettäessä kaksi organisaatiota yhdeksi on joskus viisaampaa tai helpompaa yrittää luoda kokonaan uusi kulttuuri kuin yrittää yhdistää entiset.

Mikä voi mennä vikaan arvoprosessissa? Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa yhteisten arvojen perusta on osittain ammatillisessa peruskoulutuksessa. Jossain määrin ne voivat kuitenkin jäädä 'teoreettiselle' tasolle, ellei käydä keskustelua siitä, mitä arvot käytännön työssä ja juuri tässä meidän omassa organisaatiossamme tarkoittavat. Jo ennen arvojen etsinnän prosessin käynnistämistä on hyvä vilkaista Aaltosen vikaan menon 10 kärjessä listaa:

1. Arvot julistetaan. Henkilökunta ei sitoudu niihin, koska se ei pääse vaikuttamaan arvoihin. Oikeat arvot koskettavat koko henkilökuntaa.
2. Arvot jäävät paperille. Ne on ilmaistu kauniisti, mutta niitä ei käytetä päivittäisen toiminnan työkaluina. Niiden avulla voidaan näyttää, että "kyllä meilläkin".
3. Irtoprosessi. Arvot eivät jäsenny esimerkiksi yrityksen strategiaan tai asiakasprosesseihin.
4. Laaditaan vain johdon arvot. Ajatellaan, että arvoilla on merkitystä lähinnä yrityksen avainhenkilöille.
5. Arvoluettelo koostuu liiketoiminnan selviöistä. Niissä mainitut asiat kuuluvat joka tapauksessa järkeväen liikkeenjohdon lähtökohtiin. Tuloksena on, että organisaatiot eivät profiloitu lainkaan arvojensa perusteella.
6. Arvot kirjataan, "koska muutkin tekevät niin". Yritys ei ole tehnyt itselleen selväksi, miksi se haluaa kirkastaa arvojaan ja millaista muutosta se etsii toimintaansa.
7. Liian nopea arvoprosessi. Arvot ovat syvällisiä asioita, joita ei voi vain temmata jostain esille.
8. Paperinmakuiset arvot. Arvoluettelo on kuin suoraan byrokratian ja kapula kielen oppikirjasta. Sanat ovat kuivia, hienostelevia, akateemisia ja teoreettisia, neliskulmaisen pöydän ympärillä laadittuja. Arvoja pitäisi osata kuvata myös jätjän omalla kielellä.
9. Yksipuolinen arvokori. Sovitut arvot ovat turhan samanlaisia, joko pelkäävät tehokkuusarvoja tai idealistisia moraalilausemia.
10. Keskenjäänyt prosessi. Arvoja ei viedä käytännön tasolle. Arvoprosessi koetaan myönteisenä, mutta raaka työ jää tekemättä.

(Aaltonen 1999)

Tällä polulla voidaan soveltaa myös muutamaa, lisäopiskelua vaativaa laatutyökalua. **Balanced Scorecard* -menetelmästä (tasapainoitettu mittaristo) voi olla apua strategiatyöskentelyssä eli silloin kun tavoitteiden ja vision määrittämisen jälkeen toimintaa pitää pystyä ohjaamaan haluttuun suuntaan. Asiakaslähteiseen toiminnan suunnitteluun on kehitetty **QFD eli Quality Function Deployment*, josta kuitenkin on melko vähän käyttökokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Lähteitä

Aaltonen T. Miten arvot etsitään? Laatuviesti 3/1999: 6–7.

Holma T. Terveydenhuollon ammattiryhmien mielipiteitä laadusta. Mielipiteiden erot ja yhtäläisyydet koskien laadun ominaispiirteiden ja laadunhallinnan tehtävien tärkeyttä. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto 1998.

Kinnunen J. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet, Alkuperäistutkimukset 4/1990. Kuopio 1990.

Laadunhallinta ja laadunvarmistus. Sanasto. SFS-EN ISO 8402.

Laatuviesti 3/1999. Teemanumero: Arvot ja yrityskulttuuri.

Lillrank P. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava. Helsinki 1998.

Outinen M, Holma T, Lempinen K. Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY 1994.

Särmäkari V. Mitä on hyvä laatupolitiikka? Suuntaviivoja vanhustyön yhteisöille. Vanhustyön Keskusliiton laatuprojekti 1996–1998. Julkaisu 1997:1. Vanhustyön Keskusliitto. Helsinki 1997.

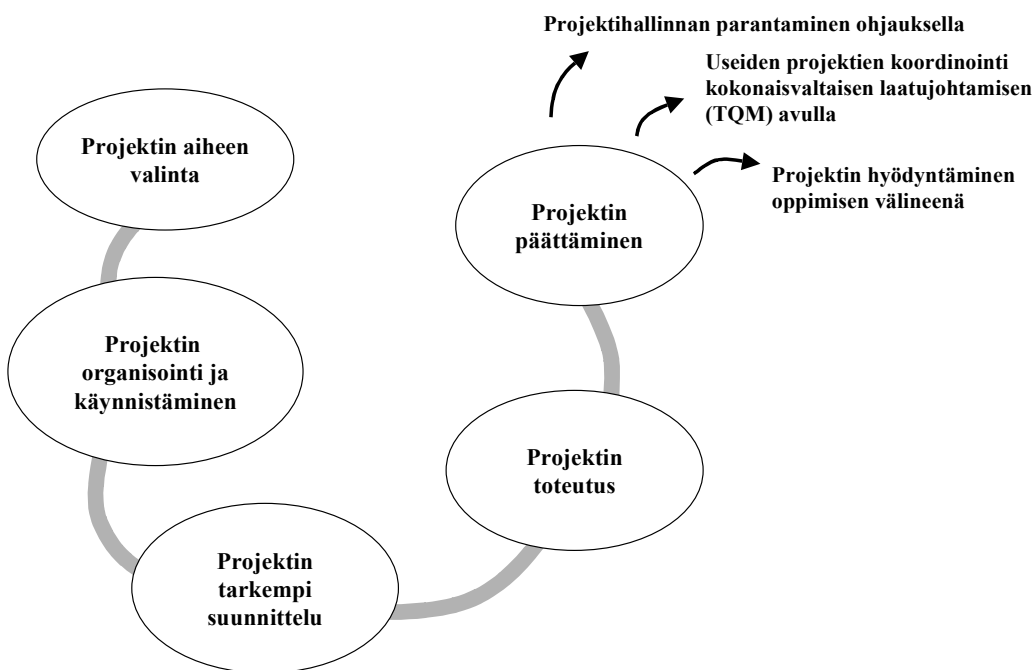
Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto. Teoksessa: Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes 1995.

Varis T. Työyhteisön arvot syntyvät tahdosta ja tekemisestä. Laatuviesti 3/1999.

Polku 4

Projektiosaamista organisaatioon

Projektipolulle lähtö auttaa varmistamaan toiminnan järjestelmällisen etenemisen ja työn loppuun saattamisen. Projekti on määräaikainen, tiettyyn tavoitteeseen pyrkivä tehtäväkokonaisuus, jolla on selkeä alku ja loppu sekä rajattu toteutumisaika. Projekti voidaan asettaa ratkaisemaan yksittäistä laatuongelmaa tai projektityöskentely voidaan valita 'talon' tavaksi toteuttaa laadunhallintaa ja jatkuvaa laadunparantamista. Projekti jäntevöittää toimintaa, auttaa luomaan uutta tietoa ja tukee oppimista. Projektipolulla eteen tulevia vaiheita ovat työskentelyn kohteen tai aiheen valinta, projektin suunnittelu, organisointi ja käynnistäminen, projektin toteutus sekä projektin päättäminen ja arviointi. Projektityöskentelyn ja myös laadun parantamistyön tukena voidaan käyttää erilaisia laatutyökaluja (seinätekniikka, aivorihi, flow chart, syy-seurauskaavio, Pareto-analyysi, PDCA -sykli ym.), jotka ovat peräisin muun muassa käyttäytymis- ja tilastotieteistä sekä johtamis- ja ryhmätyömenetelmistä. Projektitoimintaa voidaan ohjata ja koordinoida laatimalla oma ohjeistonsa (projektihallinnan käsikirja) siitä, miten projekteja toteutetaan.



Mistä on kyse

Tämä polku tarkastelee projektia laadunhallinnan välineenä. Polulla korostuu projektiosaamisen merkitys: miten projekteja organisaatiossa toteutetaan ja hyödynnetään. Projektipolku tarjoaa etenemistienä järjestelmällisen mallin parantaa ja kehittää toimintaa ja saavuttaa tavoitteet.

Perinteisesti projekteilla on varmistettu toiminnan systemaattinen eteneminen ja työn loppuunsaattaminen. Jo muinaisten egyptiläisten voidaan todeta tehneen projektimuotoista työtä rakentaessaan mahtavat pyramidinsa. Upean tuloksen saavuttamisen ehtona olivat tehokas työnjohto, suunnitelmallisuus ja orjatyövoiman käyttö. Projektia voidaankin kuvata eräänlaiseksi urakaksi: se on määritellyn, ainutkertaisen tuloksen aikaansaamiseksi tehty työ.

Projekti on haluttuihin tuloksiin pyrkivä kertaluonteinen tehtäväkokonaisuus, joka on ajallisesti ja resursseiltaan määritelty ja jonka toteuttaa tätä tarkoitusta varten luotu organisaatio. Projektilla on selvä alku ja loppu sekä rajattu toteuttamisaika. Projektilla tähdätään käytännön hyötyyn toiminnassa.

Projektitoiminta on kuitenkin myös joustava väline kehittää uudenlaisia ratkaisuja niin pienessä kuin suuressa organisaatiossa. Projekti voidaankin asettaa ratkaisemaan erilaisia laatuongelmia. Mitä avoimempi organisaatio on, sitä herkemmin sen työntekijät havaitsevat muutostarpeita ja kehittämiskohteita omassa työssään.

Moniammatillinen projekti tekee mahdolliseksi asioiden moniulotteisen tarkastelun. Juuri tällaista orientaatiota tarvitaan sosiaali- ja terveystalouden kehittämisenä. Moniammatillinen projektitoiminta edistää myös hoito- ja palveluketjujen toiminnan sujumista. Oman talon ja muiden mukana olijoiden toimintamallit ja -tavat tulevat tutuiksi, kun kehittämisprojektissa analysoidaan ja parannetaan työ- ja toimintaprosesseja. Projektiryhmän jäsenet oppivat tuntemaan toinen toisensa sekä ihmisenä että ammattilaisena. Näin toisen työn arvostus lisääntyy samalla, kun itse hahmottaa entistä paremmin oman työnsä osuuden ja merkityksen palvelu- tai hoitokokonaisuudessa.

Projektityöskentelyn lisäksi projektissa opitaan muutakin. Projektityöskentely kehittää luovuutta ja auttaa löytämään aiemmasta tavasta poikkeavia ajattelu- ja toimintamalleja. Projektiryhmä kerää uutta tietoa, hyödyntää ja kehittää taitojaan sekä vaihtaa kokemuksia. Näin organisaatiossa oleva 'näkyvätön', informaali tieto muuttuu yhteisesti jaetuksi 'näkyväksi', formaaliksi tiedoksi. Taitava esimies ohjaakin aloittelijat (noviisit) ja kokeneet ekspertit samaan projektiryhmään, jolloin tuloksena on molemminpuolinen hyöty oppimisen muodossa.

Kehittämistyön organisointi määräaikaiseksi ja aiheeltaan rajatuksi projektiksi auttaa systemaattisen laatutyöskentelyn alkuun. Projektitoiminnan pelisäännöt ovat selkeät ja ne oppii nopeasti. Määräaikaisen projektin etuna on hallittavuus ja tuloksellisuus. Jokainen projektiin osallistuva tietää tarkkaan mihin sitoutuu ja kuinka pitkäksi aikaa. Selkeä ja kirjallinen projektisuunnitelma antaa suunnan työskentelylle ja auttaa pitämään kustannukset kurissa. Projektin etenemisen

seuranta ja arviointi on helppoa. Tuloksia saadaan yleensä nopeasti, mikä motivoi myös jatkossa yhteiseen laatutyöskentelyyn. Projektitoiminta voidaankin valita ”talon tavaksi” toteuttaa laadunhallintaa.

Projekti voi kohdentua vain yksittäiseen toimintoon tai se voi olla laaja, useita alueita tai jopa monia organisaatioita kattava hanke. Laaja projekti pilkotaan usein pienemmiksi osaprojekteiksi. Projektin laajuudesta ja luonteesta riippuen sen kesto voi vaihdella parista viikosta vuosiin.

Myös laatuprojektin tuloksena voidaan ehdottaa parannuksia ja korjauksia toimintaan. Useammalla samanaikaisella projektilla saadaan monien asioiden laatu hallintaan – tosin tällöin ongelmaksi saattaa muodostua projektien koordinaointi. Projektit alkavat helposti elää omaa elämäänsä ellei niitä peilata koko organisaation laatupolitiikkaan.

Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton ja sen noin 40 jäsenjärjestön tehtävänä on tuottaa vanhuksille korkeatasoista palvelua ja hoitoa. Huhtikuussa 1999 käynnistyneen ja vuoden 2000 loppuun jatkuvan laatuprojektin tavoitteena on luoda liitolle ja sen jäsenjärjestöille laadunhallintajärjestelmä, joka tukee liiton perustehtävän toteutumista. Laatuprojekti organisoiitiin siten, että liiton toimisto ja kahdeksan eri puolella Suomea toimivaa ja pilottihankkeeseen vapaaehtoiseksi ilmoittautunutta jäsenjärjestöä toteuttavat kukin oman osaprojektinsa. Osaprojekteissa kehitetään uusia toimintamuotoja sekä niihin soveltuvia laatu- ja arviointijärjestelmiä.

Projektiryhmät työskentelevät hyväksytyn projektisuunnitelman mukaisesti pääosin itsenäisesti, mutta tarjolla on myös ulkopuolista konsultaatioapua. Projektiryhmille on järjestetty yhteistä koulutusta sekä projektityöskentelystä että laadunhallinnan menetelmistä. Erityisen merkittävää projektissa on siihen osallistuvien henkilöiden syvän ja pitkällisen kokemuksen hyödyntäminen ja jakaminen yhteiseen käyttöön. Ryhmien yhteiset tapaamiset ja koulutustilaisuudet tarjoavatkin mahdollisuuden tiedon välittämiseen, vertaisarviointiin ja projektien koordinoointiin.

Hankkeesta laaditaan loppuraportti, joka sisältää myös liiton laadunhallintaohjeet. Pilottivaiheen jälkeen haasteena on saada hankkeessa syntyneet innovaatiot ja laadunhallintamenettelyt liiton kaikkien jäsenjärjestöjen käyttöön. Innovaatioiden leviämistä ja laatuohjeiden käyttöönottoa tuetaan koulutusohjelmalla ja **vertailukehittämisellä* (benchmarking).

Miksi ja milloin

Projektipolulle lähdetään monesta syystä. Tavallisin syy on se, että havaitaan toiminnan laatuun liittyvä ongelma ja asetetaan yksittäinen projekti ratkaisemaan sitä. Projekti varmistaa niin kehittämistyön kuin muidenkin määräaikaisten tehtävien loppuunsaattamisen. Projektiosaamista, kykyä hallita projekteja, tarvitaan myös tilanteessa, jossa projekteja on kyllä jo tehty ja niitä on ehkä parhaillaankin menossa, mutta toteutus ontuu: projektit eivät saavuta tavoitteitaan, ne jäävät kesken tai osallistujat eivät sitoudu projektin tuloksena ehdotet-

tuun muutokseen. Kun projektityöskentely on valittu talon tavaksi toteuttaa laadunhallintaa, voi perusteluna olla tarve osoittaa ulkopuolisille työyhteisön halu ja kyky kehittää toimintaansa systemaattisesti.

Ylimmän johdon määrittelemien painopistealueiden tulisi ohjata yksittäisten kehittämisprojektien suunnittelua, jotta projektit tukevat varmasti yhteisiä tavoitteita eivätkä palvele vain yksittäisten työntekijöiden intressejä. Projektien selkeällä ja riittävän korkealla tasolla tapahtuvalla hyväksymismenettelyllä välitetään myös projektien päällekkäisyys ja turvataan projekteihin tarvittavien resurssien löytyminen. Esimerkkejä laatuprojektien koordinoimattomuudesta löytyy valitettavan monesta sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöstä.

Projektien käynnistäminen kannattaa siis aina harkita tarkkaan, jotta niistä saadaan paras mahdollinen hyöty. Projektia ei tarvita uuden ratkaisun etsintään, mikäli laatu puute tai virhe voidaan korjata välittömästi. Sen sijaan näissäkkin tilanteissa projektitoiminta auttaa varmistamaan korjaustoimenpiteen loppuunsaattamisen.

Vaiheita ja valintoja

1. Projektin aiheen valinta

Tarve laatuprojektin käynnistämiseen voi tulla saadusta palautteesta, asiakasvalituksesta, itse havaitusta virheestä tai tulevaisuuden visioista, joiden perusteella toimintaa on kehitettävä tiettyyn suuntaan. Mielekäs ja tarpeellinen laatutyöskentelyn kohde voidaan löytää myös kartoittamalla toiminnan nykytilanne. Avoin mieli ja monelta suunnalta hankittu tieto auttaa vastaanottamaan heikkojakin, usein asiakkailta tulevia ‘häiriöääniä’ eikä pelkästään myötäilemään valtavirtauksena esiintyviä kehittämistrendejä. Heikkoja signaaleita viestittävät esimerkiksi erilaiset toiminnan häiriöt, valittajat tai kapuloita rattaisiin pistävät kehittämistyön vastustajat. Koska nämä signaalit ovat epämiellyttäviä ja yllättäviä, ne usein torjutaan tai niitä vähätellään pikkujutuiksi. Heikkoihin signaaleihin reagointi voi kuitenkin paljastaa ajoissa virhearviointeja ja estää suuremman katastrofin.

Tietoja kehittämistä vaativista kohteista voidaan hankkia:

- *analysoimalla asiakaspalautteita*, palvelutilanteessa tai muussa kanssakäymisessä esiin tulleita mielipiteitä, valituksia, asiakkaiden yhteydenottoja potilasasiamieheen jne.
- *kartoittamalla ilmenneitä laatuongelmia* tarkemmin
- *riskianalysillä* eli selvittämällä toiminnan mahdollisia ongelma- ja riskitilanteita, tilanteita, joissa asiat saattavat mennä “pieleen”
- palvelujen käyttäjille ja muille asiakkaille suunnatuilla *kyselyillä*
- **vertailukehittämisen (benchmarking)* avulla tutkimalla kilpailevia palveluja ja niiden tuottajia ja vertaamalla itseä parhaaseen
- *laatu kustannusten analysoinnilla*: mitä kustannuksia aiheutuu huonosta laadusta tai sen ehkäisemisestä

-
- *ajankäyttötutkimuksilla ja muilla kartoituksilla*, joilla selvitetään mitä tehdään ja mihin työaika oikein kuluu
 - *työilmapiirikartoituksilla*, jotka selvittävät henkilöstön jaksamista ja työtyytyväisyyttä
 - *itsearviointilla* kartoittamalla omia vahvuuksia ja kehittämistarpeita esimerkiksi ITE-arviointilla, Suomen Laaturaportointikriteereillä tai King's Fund kriteeristöllä.

Parantamis- ja kehittämiskohteita löytyy yleensä monia, vaikka toiminta sujuisikin näennäisesti moitteettomasti. Kehittämiskohteen valintakriteerit voivat olla mm. aiheen tärkeys työyhteisölle, *“jotta pärjäisimme jatkossakin”*, itse yhdessä todettu parantamistarve, *“haluamme parantaa”* tai ulkopuolelta esitetyt vaatimukset, *“pakko parantaa, ei ole vaihtoehtoa”*. Tärkeitä kehittämiskohteita ovat toiminnot, joihin osallistuu monia työntekijöitä tai työposteitä. Ensimmäisellä kerralla kannattaa valintakriteerinä pitää myös aiheen yksinkertaisuutta, jotta projektitoiminnassa päästään luonnikkaasti alkuun.

Ellei kehittämiskohteesta päästä keskustelemalla yksimielisyyteen, voidaan apuna käyttää aivoriitä tai äänestystä (**laatusyökalut*). Ne turvaavat demokraattisesti työyhteisön arimpienkin jäsenten äänen kuulumisen. Valinnassa on hyvä muistaa vielä se, ettei oteta toteutettavaksi kerralla liian suurta urakkaa tai monta kohdetta rinnakkain, koska voimavarat ovat kuitenkin rajalliset. Käytettävissä oleva aika ja mahdollisuus saada lisävoimavaroja vaikuttavat kohteen valintaan ja aiheen rajaukseen.

Lopullinen päätös projektin käynnistämisestä tehdään, kun projektin aihe on täsmentynyt. Ellei projekti vaadi suuria resursseja ja se koskettaa vain yhtä toimintayksikköä, päätöksen tekee useimmiten yksikön esimies. Laajojen projektien toteuttamisesta ja rahoituksesta päättää yleensä ylin johto.



2. Projektin organisointi ja käynnistäminen

Kehittämishankkeiden käynnistymiseen liittyy projektiorganisaation rakentaminen ja projektin suunnittelu. Projektiorganisaatio muodostetaan vain projektin toteuttamista varten. Henkilöt kuuluvat projektiin määräajan, jonka jälkeen he palaavat linjaorganisaatioon tai jatkavat uudessa projektissa. Aivan projektin alussa on yleensä mukana vain muutama avainhenkilö. Projektin edetessä henkilömäärä kasvaa, ensin suunnitteluvaiheessa ja edelleen maksimiinsa toteutusvaiheessa.

Projektin koko ja luonne ohjaavat organisointia. Projektin asettaja tekee päätöksen projektin käynnistämisestä ja sitoutuu projektin rahoittamiseen. Pienessä projektissa projektin vetäjä tai projektipäällikkö on pääasiallinen resurssi ja lisäresurssit hankitaan linjaorganisaatiosta. Linja- ja projektiorganisaation yhdistelmät ovatkin tavallisia. Yhteistyö sujuu, kun tehtävistä ja linjaesimiesten ja pro-

jehtipäällikön vastuista on sovittu. Vain laajoissa ja pitkäkestoissa, usean vuoden pituisissa hankkeissa kannattaa muodostaa puhdas projektiorganisaatio. Projektin keskeiset resurssit ovat tällöin projektipäällikön alaisuudessa. Projektipäällikön tueksi nimetään johtoryhmä, joka nimettyään projektipäällikön tekee keskeiset päätökset ja määrittää tavoitteet.

Projektin ja projektipäällikön työn onnistumisen kannalta merkityksellisintä on projektiryhmän organisointi. On varmistettava ryhmän resurssien riittävyys ja oikea ammattitaito sekä luotava hyvä yhteistyöilmapiiri. Projektin tehokkaaseen starttiin on osoittautunut hyväksi välineeksi käynnistysseminaari. Käynnistysseminaarin avulla projektiorganisaatio sitoutetaan suunnitteilla olevaan hankkeeseen ja projekti 'polkaistaan käyntiin' (kick-off). Käynnistysseminaariin osallistuvat projektiryhmä, johtoryhmä ja projektiin kiinteästi vaikuttavat sidosryhmät ja tukihenkilöt. Käynnistysseminaarin vetäjänä toimii projektipäällikkö.

Käynnistysseminaarin toteutustapa riippuu hankkeesta. Seminaari voidaan toteuttaa puolen päivän mittaisena intensiiviseminaarina tai se on useiden päivien mittainen ja voi ajoittua usean viikon ajalle. Mikäli projektisuunnitelma on jo pitkälle hahmottunut, riittää lyhytkestoisempi seminaari, jolloin voidaan keskittyä tarkastelemaan projektin toteutukseen, tiedonkulkuun ja riskeihin liittyviä seikkoja. Pidempi käynnistysjakso mahdollistaa projektiryhmän demokraattisen hankesuunnittelun ja sitouttaa osallistujat voimakkaasti hankkeeseen.

Esimerkki kolmen viikon ajalle ajoittuvasta projektin käynnistysseminaarista

1. maanantai	Organisaation kehittämispäivä Hankkeen johto viestittää ajatuksen projektin sisälöstä ja vastaa kysymyksiin aamupäivällä. Iltapäivällä ryhmätyöskentelyä, jossa idea puretaan osiin tutkimista varten. Palaute työskentelystä ja evästyksät jatkuun.
2. maanantai	Puoli päivää Idea jatkokehityksen esittely ja sen tutkiminen ryhmissä.
3. maanantai	Puoli päivää Yhteenveto työskentelystä: hankesuunnitelma, jota arvioidaan kriittisesti.
Tulos:	Kaikki tietävät, mistä kyse, kaikki tehneet yhteistyötä ja saaneet vaikuttaa.

(Mukaellen Lars Möllerfors: Den viktiga starten. Esitelmä, pidetty Kvalitet -97 i kommuner, landsting och stat -laatukonferenssissa Göteborgissa 19.11.1997.)

Käynnistysseminaarin tehtävänä on täsmentää projektin tavoitteet ja sisältö, sopia projektiryhmän työnjaosta ja työtehtävistä sekä aikataulusta. Seminaarissa selvitetään työskentelytavat ja säännöt, sovitaan suunnittelumenetelmistä, laadunvalvonnasta, kokouksista, tiedottamisesta jne. Huolella valmisteltu käynnis-

tysseminaari vauhdittaa projektin liikkeelle lähtöä. Se luo yhteishenkeä, tukee motivoitumista ja sitoutumista ja varmistaa tiedonkulkua, jotka kaikki ovat tärkeitä projektin onnistumiselle.

Projektien organisointi ja käynnistäminen onnistuu myös hyvin pienissä yksiköissä. Resurssien mukaan projekti voidaan toteuttaa parityöskentelynä tai yhden naisen tai miehen hankkeena. Olennaista on, että projektin aihe tunnustetaan, sille asetetaan tavoitteet, määräaika ja annetaan edellytykset toimia. Kirjallinen raportti, vaikka lyhytkin, päättää projektin. Projektitoiminnalla pienikin yksikkö saa uutta tuulta purjeisiin.



3. Projektin tarkempi suunnittelu

“Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty” pätee myös projektityöskentelyssä. Projektisuunnitelma on projektin alussa laadittava asiakirja, jossa kerrotaan, miten projektille asetetut tavoitteet on tarkoitus saavuttaa: miksi tehdään, mitä tehdään, kuka tekee, milloin ja miten. Tutkimuksissa on todettu suunnittelun lyhentävän projektin toteutusaikaa useita kymmeniä prosentteja.

Suunnittelu kattaa kaikki projektin vaiheet aloittamisesta, suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin, loppuraporttiin ja päättämiseen. Suunnitelman teossa on kiinnitettävä huomiota siihen, että se on toteuttamiskelpoinen ja että projektiryhmä laatii itse itselleen oman suunnitelman. Tällöin taataan kaikkien sitoutuminen projektiin. Suunnitelma käydään läpi, se hyväksytään yhteisesti ja viedään vielä talon johdon hyväksyttäväksi ennen varsinaisen projektin aloittamista.

Projektisuunnitelman laadintaa tukevat organisaatiossa mahdollisesti olevat kirjalliset ohjeet, joissa on määritelty projektisuunnitelman sisältö, laatimistapa ja hyväksyntämenettely. Projektin etenemistä seurataan ja arvioidaan projektisuunnitelman avulla. Suunnitelmaan kirjataan ne menettelyt, joilla projektin etenemistä seurataan ja valvotaan aikataulun noudattamista ja kustannusarviossa pysymistä sekä menettelyt, joilla suunnitelmaa tarkistetaan ja tarvittaessa joustavasti muutetaan.

Esimerkki projektisuunnitelman sisällöstä

1. Johdanto ja tausta
 - kuvataan syyt ja taustatekijät projektin perustamiseen
 - mitä tutkimuksia ja selvityksiä on olemassa
 - kohteen nykytilanne
2. Tavoitteet
 - määritellään projektin tavoitteet ja tehtävä, tarvittaessa sisältö lyhyesti
 - asetetaan täsmälliset ja mitattavat tavoitteet: aikatavoite (missä ajassa projekti tehdään; sopimuspisteet), kustannustavoite (mitkä ovat projektin kustannukset ja mistä ne muodostuvat), tulostavoite (mihin projektilla pyritään), tuotostavoite (mitä muutoksia tapahtuu toiminnassa), tekniset tavoitteet ja laatu
 - tavoitteissa ei kuvata projektissa tehtävää työtä, vaan haluttu lopputulos

-
3. Rajausta ja kytkenät
 - tasmennetään projektin tehtävä rajaamalla ulkopuolelle jäävät osat kohde-alueesta
 - kuvataan projektia rajoittavat ulkoiset tekijät ja mahdolliset rinnakkaiset projektit
 4. Projektioorganisaatio
 - projektiryhmä
 - johtoryhmä
 - yhteyshenkilöt
 5. Toteutussuunnitelma
 - ositus ja toteutusvaiheet
 - aikataulu
 - tehtäväluettelo
 - resurssisuunnitelma
 - riskien kartoitus
 6. Talousarvio
 - projektin talousarvio
 - kustannusseuranta
 7. Ohjaussuunnitelma
 - kokoussuunnitelma
 - tiedottaminen
 - valvonta ja raportointi
 - koulutussuunnitelma
 - laadunvarmistus
 - projektin eri vaiheissa tapahtuva arviointi
- (Lempinen 1999, soveltaen useista lähteistä.)

Hyvä projektisuunnitelma toimii erinomaisena runkona myöhemmin laadittavalle projektiraportille ja helpottaa olennaisesti raportin laadintaa.



4. Projektin toteutus

Projekti voidaan toteuttaa työyksikön sisäisenä tai useampia työyhteisöjä yhdistävänä. Projektiryhmä voi koostua vain yhden ammattiryhmän edustajista. Moniammatillisia ja organisaatorajoja ylittäviä laadun kehittämisprojekteja tarvitaan, kun kaikki asiakkaan palveluun tai hoitoon osallistuvat halutaan turvaamaan toiminnan sujuvuus hoito- tai palveluketjun eri vaiheissa.

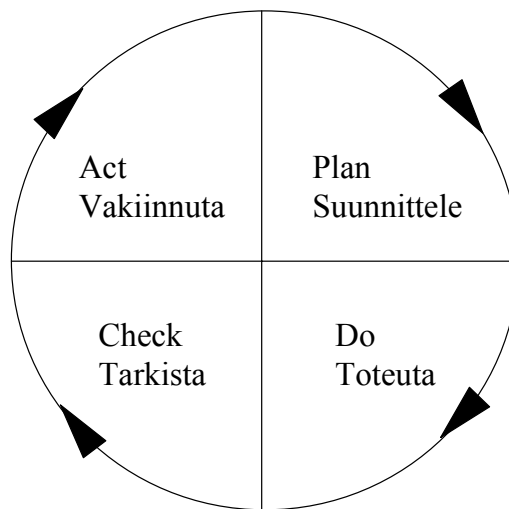
Moniammatillinen projektityöskentely edellyttää oman toimialan hyvää tunte- musta ja muiden ammattiryhmien arvostamista. Moniammatillinen yhteistyö on antoisaa ja opettavaista, kunhan heti alussa sovitaan yhteisistä pelisäännöistä. Niihin kuuluvat työn- ja vastuunjako sekä toimintatavat (esimerkiksi ryhmätyön muodot, yksilölliset tehtävät ja tehokkaat kokouskäytännöt). Uusien ja luovien ratkaisujen löytämiseksi projekti on hyvä irrottaa, ainakin osittain, arkisesta työstä.

Projektiryhmän työskentely ei saa olla salaseuran hommaa. Muiden on helppompaa sitoutua kehitettäviin uusiin toimintamalleihin, kun he ovat koko ajan tietoisia siitä, mistä on kyse ja mihin projekteilla tähdätään. Hyvä tiedottaminen ja osallistavien työtapojen käyttö tukevat sitoutumista. Avoimuus takaa myös tarvittaessa lisäapua projektille ja se mahdollistaa eri projekteissa työskentelevien toisilta oppimisen.

Sekä projektityöskentelyä että laadun parantamistyötä tehostetaan ja helpotetaan erilaisilla **laatutyökaluilla*. Onkin huolehdittava, että projektiryhmä osaa käyttää näitä. Laatutyö vaatii laadukkaat työkalut!

Laadun parantamisen toteuttaminen pilottina antaa aikaa hyväksyä uusi asia tai toimintamalli. Kokeilutoiminta liittyykin olennaisena osana laatutyöskentelyn uranuurtaja W. Edwards Demingin kehittämään systemaattisen laatutyöskentelyn malliin. **PDCA*-syklin mukainen toiminta varmistaa, että parannustoimen toteuttaminen sujuu suunnitelmallisesti ja että myönteinen vaikutus saadaan vakiinnutettua.

Keskeinen ja tärkeä vaihe PDCA-syklissä on *Check* eli vaikutusten tarkistaminen. Vaikutusten, toivottujen ja ei-toivottujen vaikutusten, arvioinnin ohella pohditaan, mitä opimme, mitä pitäisi vielä harkita uudelleen ja mitä voitaisiin tehdä toisella tavalla. Tällainen reflektointi tukee sekä yksilöiden että työyhteisön oppimista. Harmillista vain, että tämä vaihe usein jää liian vähälle huomiolle tai jopa unohtuu kokonaan, jolloin seurauksena saattaa olla myös varsinaisten kehittämistoimenpiteiden kohdentuminen aivan väärin asioihin.



Kuvio 7. Demingin PDCA-sykli.



5. Projektin päättäminen

Projektin etenemistä sekä sovitun aikataulun noudattamista ja kustannusarviossa pysymistä seurataan projektisuunnitelmassa määriteltyjen menettelyjen mukaisesti projektin kaikissa vaiheissa. Projektin päättyessä suoritetaan koko projektin arviointi. Arvioinnissa voi käyttää seuraavia apukysymyksiä:

- ☐ Mitä saatiin aikaiseksi?
- ☐ Saavutettiin tavoitteet?
- ☐ Pysyttiin aikataulussa ja talousarviossa?
- ☐ Toimiko seuranta ja valvonta?
- ☐ Noudatettiin suunniteltuja arviointikäytäntöjä?
- ☐ Mitä opittiin ja missä onnistuttiin?
- ☐ Minkälaisia ongelmia kohdattiin ja miten ne olisi voinut välttää?

Onnistuneelle projektille on tunnusomaista:

- tarkka lähtökohdan ja tavoitteiden määrittely
- hyvä yhteydenpito projektin asettajaan
- nimetty projektiryhmä
- riittävä valvonta
- jatkotoimenpiteiden käynnistäminen projektin päättyessä.

Epäonnistuneelle projektille on tyypillistä:

- että suunnitelmat ovat ylimalkaiset
- ettei ole ennalta varmistettu osallistujien käytettävissä olevaa aikaa eikä
- ennakoitu työmäärää
- ei käytetä asiantuntijoita
- ei hyödynnetä johtoryhmän apua.

Jokaisesta laatuprojektista laaditaan loppuraportti, vaikka suppeakin. Raportti sisältää projektin tavoitteet, kulun, tulokset ja arvioinnin. Palautetta arvioinnin tueksi kerätään eri metodeilla sekä osallistujilta että yhteistyökumppaneilta.

Projektin päättyessä huolehditaan tiedottamisesta ainakin omalle työyhteisölle, johdolle ja muualle omaan organisaatioon. Suositeltavaa on tiedottaa myös oman organisaation ulkopuolisille yhteistyökumppaneille ja tiedotusvälineille. Juhlinta kuuluu, vähintään pullakahvien muodossa, projektin päätösvaiheeseen. Juhlan aihetta on aina! Vaikkei kaikkia asetettuja tavoitteita olisikaan saavutettu, on yhdessä joka tapauksessa opittu uusia asioita, sillä virheistäkin opitaan.

Entäs sitten

On tavallista, että organisaatioon syntyy pikkuhiljaa useita projekteja: perustetaan yksi projekti tähän tarkoitukseen ja toinen ratkomaan tuota ongelmaa. Ehkä osin huomaamatta ja hallitsematta projektit saattavat alkaa elää omaa elämäänsä. Projekteissa työskentelevät eivät tiedä toisistaan eivätkä voi hyödyntää pro-

jektien aikana toistensa kokemuksia ja oppia virheistä. Organisaatio ei myöskään hyödynnä projektien aikaansaannoksia systemaattisesti. Loppuraportteja ehkä julkistetaan, mutta uusien innovaatioiden levittämisestä, toimeenpanosta ja seurannasta ei huolehdi. Tarvitaan selkeämpää projektien hallintaa ja suunnitelmallista hyödyntämistä.

Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus, jossa työskentelee noin 11 000 työntekijää yli 400 toimipisteessä, laatu-työskentely käynnistyi vuonna 1990 johtamisen kehittämisprojektin yhteydessä. Projektin erään kehittämisryhmän tehtävänä oli pohtia toiminnan tulosten mittaamista. Tästä ”mittariryhmästä” kehittyi terveystieteiden tutkimuskeskuksen laaturyhmä. Laajempi laadunhallintaohjelma käynnistyi pari vuotta myöhemmin, jolloin terveystieteiden tutkimuskeskuksen koko ylin johto, runsaat 50 henkilöä, osallistui viikon mittaiseen amerikkalaisten asiantuntijoiden toteuttamaan valmennuskurssiin. Koulutuksen jälkeen kurssilla opiskeltu ”pienien askelten politiikka” eli jatkuva laadunparantaminen (JLP) päätettiin ottaa koko viraston laadun kehittämisen menetelmäksi.

Vuosi 1994 nimettiin terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuvuodeksi. Laatuvisio ja laatuavoitteet liitettiin osaksi strategiasuunnitelmaa. Seuraavana vuonna johtoryhmä hyväksyi terveystieteiden tutkimuskeskukselle ”laadun hallinnan periaatteet”, viraston laatu-politiikan. Ylimmän johdon edustajista koottu laatu-neuvosto ryhtyi koordinoimaan laatu-työtä ja laadunmittaus toteutettiin entistä monipuolisempana. Eri toimipisteisiin perustettiin moniammatillisia laaturyhmä, joiden tehtävänä oli kuvata työ- ja toimintaprosesseja. Myös näiden ryhmien työtä tuettiin koulutuksella, jossa opiskeltiin jatkuvan laadunparantamisessa käytettäviä menetelmiä (**laatu-työkalut*).

Jatkuvan laadunparantamisen kurssit toteutetaan edelleenkin. Tähän mennessä JLP-koulutuksen on saanut yli 200 moniammatillista ryhmää eli yli 2000 henkeä. Periaatteissa jokainen työntekijä voi halutessaan vaikuttaa laatuun osallistumalla laaturyhmien työskentelyyn. Oman työn ja toiminnan kehittämisprojekteja on toteutunut useita satoja. Laadunhallintaohjelman etenemisestä on tiedotettu muun muassa laatu-tapahtumilla, tiedotustilaisuuksilla ja lehti-artikkeleilla. Kuriositeettina voidaan mainita ”laatu-piikki”, joka näkyy yhteisenä tunnuksena laatu-työhön osallistuneiden rintapielessä.

Vastuu terveystieteiden tutkimuskeskuksen laadun hallinnasta kuuluu entistä tiiviimmin toimintayksiköille ja linjajohdolle. Katsotaan, että laatu-työ ei saa olla erillinen ”projekti”, vaan sen on sisällyttävä kaikkeen toimintaan. Vuosittain tarkistettavassa terveystieteiden tutkimuskeskuksen strategiasuunnitelmassa onkin asetettu yhä konkreettisempia tavoitteita myös laadun hallinnalle. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen eri yksiköillä alkaa olla valmiina kirjalliset laatu-järjestelmäkuvaukset ja joissakin yksiköissä on työ-istetty ISO-standardin mukaiset laatu-käsikirjat. Sisäistä auditointia kokeiltiin ensin pilottina ja nyt se on jo vakiintunut toiminnan kehittämisen muoto. Joissakin yksiköissä on toteutettu myös toiminnan ulkoinen auditointi. Ensimmäinen systemaattinen ISO-standardin menettelyyn perustuva, osin omiin tarpeisiin sovellettu, johdon katselmus toteutettiin keuhällä 1999.

Laadun kehittämistyön edetessä johdon rooli on osoittautunut varsin tärkeäksi. Suurin osa kehitettävistä palveluprosesseista ylittää oman yksikön tai terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintarajat. Tämä on nostanut esille kehittämistarpeita monilla toiminnan ohjauksen alueilla. Toiminnan seuranta ja mahdollisimman reaaliaikaisen palautteen saaminen asettaa vaatimuksia tietojärjestelmille. Myös taloudellisen ohjauksen elementtien, kuten esimerkiksi tuotetuksen, kustannuslaskennan ja

talouden seurannan kehittämistarpeet on opittu näkemään laadun hallinnan kysymyksinä. Erillisistä hankkeista lähtöisin oleva laatutyö on muuttumassa toiminnan suunnittelun kehittyessä ”projektista” eräänlaiseksi ”laadun punaiseksi langaksi”.

Projektinhallinnan parantaminen ohjeistuksella

Projektitoimintaa voidaan ohjata ja koordinoida laatimalla oma ohjeistonsa siitä, miten meillä projekteja toteutetaan. Projektitoiminnan käytännöt voidaan koota projektinhallinnan käsikirjaksi tai ne voidaan kirjata laatukäsikirjaan. Ohjeistuksen tarkoituksena on ohjata henkilökuntaa projekteja suunniteltaessa ja projektiryhmää projektityöskentelyssä. Projektikäsikirjassa esitellään työyhteisön projektitoiminnan strategia ja menetelmät. Projektikäsikirja ohjaa projektien suunnittelua ja projektityöskentelyä luomalla yhteiset pelisäännöt ja käytännöt. Yksittäisen projektin suunnitelmassa voidaan sitten vain viitata projektikäsikirjassa määritelyihin käytäntöihin ja kirjata vain juuri tälle hankkeelle oleelliset asiat. Käsikirjassa kannattaa määritellä myös käytettävät käsitteet, jotta puhutaan samaa kieltä.

Vaasan sairaanhoitopiirin (Vasa sjukvårdsdistrikt) projektikäsikirja (1998) on hyvä esimerkki sekä projektitoiminnan ohjeistamisesta että kielikysymysten, niin äidinkielen kuin ymmärrettävyyseikkojenkin, huomioimisesta. Projektikäsikirjan sisältö on seuraavanlainen:

Inledning – Johdanto

Projektbokens syfte och innehåll – Projektikäsikirjan tarkoitus ja sisältö

1. Val av projekt – Projektin valinta
2. Centrala begrepp inom projektverksamheten – Projektitoiminnan keskeisiä käsitteitä
3. Tillsättande av projektorganisation – Projektioorganisaation muodostaminen
4. Start och planering av projekt – Projektin käynnistäminen ja suunnittelu
5. Uppföljning och slutande av projektet – Projektin seuranta ja sen päättäminen

(Vasa sjukvårdsdistrikt – Vaasan sairaanhoitopiiri 1998)

Monet työyhteisöt toteuttavat myös kansainvälisiä projekteja, jolloin projektin asettaja tai rahoittaja antaa omat projektinhallinnan ohjeensa. EU:n komission vuonna 1993 ilmestyneen projektinhallinnan käsikirjan mukaan projekti käsitteää kuusi vaihetta:

- 1) Ensimmäinen vaihe on alustava ohjelmointi (indicative programming), joka merkitsee hankkeen linjaamista yhteensopivaksi rahoittajan tavoitteiden kanssa.
- 2) Toinen vaihe on projektin alustava tunnistaminen (identification), jossa muotoillaan hankkeen alustavat tavoitteet ja operationaalistetaan ne.
- 3) Kolmannessa vaiheessa (formulation/appraisal) analysoidaan projektin onnistumisen ehtoja. Työkaluna voidaan käyttää vaikkapa tuttua SWOT-

analyysiä. Toteuttamiskelpoisuutta ja realistisuutta arvioidaan myös yhdessä rahoittajien kanssa.

- 4) Varsinainen suunnitteluprosessi päättyy neljänteen vaiheeseen (financing), jolloin muotoillaan lopullinen hankesuunnitelma ja laaditaan siihen rahoitussuunnitelma.
- 5) Mikäli rahoituspäätös on myönteinen, edessä on projektin varsinainen toteutus (implementation). Toteutusvaiheessa seurataan ja arvioidaan koko ajan saavutetaanko asetettuja päämääriä ja tavoitteita. Tarvittaessa päämääriä ja tavoitteita tai toimintatapoja tarkistetaan.
- 6) Projektinhallinnan kuudes vaihe on arviointi (evaluation), jota tosiasiaassa suoritetaan hankkeen kaikissa vaiheissa alkaen suunnitelmavaiheesta (ex ante), jatkuen projektin kuluessa tapahtuvaan arviointiin (intermediate) ja päättyen loppuarvioon (ex post).

Projektien koordinointi kokonaisvaltaisen laatujohtamisen (TQM) avulla

Ratkaisun projektien koordinointiin tarjoaa myös kokonaisvaltainen laatujohtaminen, Total Quality Management (TQM). TQM korostaa toisaalta organisaation johdon vastuuta laadusta ja toisaalta kaikkien työntekijöiden merkitystä laadun syntymisessä ja laadun kehittämisessä. TQM painottaa laadunvarmistamisen sijasta jatkuvaa parantamista ja laatuun ennalta vaikuttamista. Siinä käytetään järjestelmällisiä menettelytapoja, hyväksi koettuja työkaluja, ryhmätyötä ja laajaa koko organisaation osallistumista. TQM:n peruspilarit ovat asiakaskeskeisyys ja toiminnan ja tulosten jatkuva parantaminen, joiden osalta se laajentaa perinteisen tulosjohtamisen näkökulmaa.

TQM-ideologia ja sen käytännön toteutuksen menetelmä jatkuva laadunparantaminen (Continuous tai Continual Quality Improvement, CQI) kattavat kaikki organisaation laadunkehittämisen vaihtoehdot. Toimintaa parannetaan kaikilla tasoilla koko ajan pienin askelin tavoitteena palveluiden ja toimintaprosessien yhä parempi laatu eikä vain tietty laatutaso. Johto näyttää laatu työn suunnan visioiden ja laatu politiikan välityksellä ja auttaa näin kohdentamaan kehittämisprojektit asiakaslähtöisen toiminnan kannalta olennaisiin asioihin. Johto myös kannustaa ja luo edellytyksiä, sillä kehittäminen ei tapahdu ilman resursseja. Tarvitaan kehittämisryhmiä, aikaa, jonkin verran rahaa sekä myös taitoa toteuttaa projekteja. Johto koordinoi kehittämistyötä ja seuraa ja arvioi sen tuloksellisuutta.

TQM:ään liitetään nykyisin myös yhä useammin käsitteet muilta tai parhailta oppiminen (**vertailukehittäminen*) ja oppiva organisaatio. TQM:n käyttöönotto tukee laadun ja laadunhallinnan osoittamista ulkopuolisille ja ohjaa kulkua laadun näyttämissä polulle (ks. Polku 7).

Projekti oppimisen välineenä

Projekteja voidaan myös entistä systemaattisemmin käyttää organisaation ‘oppi-maan oppimisen’ tukemisessa ja henkilöstön koulutuksen välineenä. Projektitoi-

minnassa on monia elementtejä, jotka tukevat uuden tiedon luomista ja oppimista. Projektit toteutetaan yleensä ryhmätoimintana, projektien ajalliset rajoitukset luovat tavoitesuuntautuneisuutta ja ne ovat ainakin tiettyyn rajaan saakka autonomisia. Projektiryhmässä ilmenevä epävakaisuus ja luova kaaos sekä informaation runsaus, suorastaan 'ylitulviminen', tukevat innovaatioiden syntymistä. Koska projektit ovat yleensä lyhytkestoisia, niihin ei ehdi syntyä luovuutta ja joustavuutta kahlitsevia rutiineja ja suojamekanismeja. Projektiryhmän kokoonpano vaikuttaa tietysti olennaisesti projektin menestykseen ja siihen mitä opitaan. Siksi ryhmän kokoamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota.

Projekti voi toimia puskurina tai 'skannerina'. Projekteja voidaan perustaa ottamaan vastaan ympäristöstä tulevia uusia haasteita ja muospaineita. Tällaisen "puskuriprojektin" avulla organisaatio pystyy vastaamaan nopeasti ympäristön muutoksiin ilman, että emo-organisaatiossa tarvitsee tehdä suuria ja pysyviä muutoksia. Vaikka projekti epäonnistuisikin, romahdus ei vaikuta projektin määräaikaisuuden ja irrallisuuden vuoksi ytimen toimintaan. Puskuriprojektien käyttö kertoo ulkopuolisille, että asiat ovat muospaineista huolimatta hallinnassa ja että asioita hoidetaan innovatiivisesti. Voimakas puskuerointi voi muodostua kehityksen jarruksi mikäli puskurilla eristetään organisaatio ulkomaailmasta eikä välttämättömiä uudistuksia tehdä.

Skanneri-tyyppisen projektin tehtävänä on hankkia, skannata, organisaatiolle uutta tietoa ympäristöstä. Skanneriprojekti on ikkuna organisaation ulkopuolelle. Projekti luo verkoston, jolta se saa sellaista informaatiota, jota varsinainen ydintoiminta ei tavoita eikä välttämättä haluakaan - ydintoimintaan kytkeytymätön informaatio voi aiheuttaa vain epätoivottua kaaosta. Skanneriprojektin ja ydintoiminnan toimintamallien ja tietoperustan erilaisuus avaa mahdollisuuden uuden tiedon luomiseen. Skanneriprojekti tukee organisaation oppimaan oppimista.

Tehokas organisaatio tai työyksikkö kehittää koko ajan ydinosaaamistaan ja oppii siinä samalla miten tietoa hankitaan, prosessoidaan, varastoidaan ja palautetaan muistiin eli organisaatio tai yksikkö "oppii oppimaan". Ajan myötä opitaan myös valitsemaan ydinosaaamisen kehittymistä parhaiten tukevaa tietoa sekä kehittämään menetelmiä tiedon hyödyntämiseen. Projektit tukevat organisaation tai yksikön oppimisstrategiaa luomalla uutta tietoa tavoilla, joita ei ehkä muuten käytettäisi. Uusi tieto avaa avaa uusia näköaloja omaan työhön ja työyhteisöön. Yhteisöllisen oppimisen ohella projekti tukee yksilön oppimista. Projekteissa opitaan tekemään arkisia töitä uudella tavalla. Projekti tukee myös yksilön inhimillistä kasvua.

Vielä mietittäväksi

Moniammatillinen ryhmätyö ei aina ole ongelmatonta. Moniammatillinen ryhmä kootaan siksi, että voidaan hyödyntää erilaisia näkemyksiä ja erilaisuutta. Erilaisuus saattaa kuitenkin aiheuttaa pelkoja, ristiriitoja ja sekaannusta rooleissa. Kun sitten erilaisuus alkaa olla jonkinlainen riski ryhmän toiminnalle, koros-

tuu ryhmäajattelu, *“meidän ryhmä, hyvä ryhmä – ei me tarvita muiden apua”* ja ryhmä alkaa eristäytyä. Ryhmästä voi tulla kaikkivoipa, eheä ryhmä, jonka suoritustaso alkaa vähitellen ulkopuolisten kontaktien vähäisyyden vuoksi laskea.

Voidaan erottaa kolme perusolettamustilaa, jotka johtavat ryhmän tavoitteisuuden katoamiseen ja irrationaaliseen toimintaan. Riippuvuustilassa johtaja nähdään korvaamattomana, vain hän voi päättää asioista. Ryhmä vetäytyy vastuusta ja jättää johtajan tekemään yksin päätöksiä. Taistelu-pako -tilanteessa ryhmä kokee, että sitä uhkaa jokin ulkoinen vaara, jota vastaan on puolustauduttava. Kuviteltua vihollista vastaan taistelu tai pakeneminen kuluttaa energiaa ja alentaa ryhmän toimintakykyä. Ryhmän sulkeutuneisuus ja sisäiset jännitteet, epäilyt toisten motiiveista, voivat aiheuttaa tällaisen tilan. Parinmuodostusryhmässä kaksi ryhmän jäsentä liittoutuu yhteistyöhön. Muut odottavat näiden tekemän työt ja jättäytyvät sivummalle. Parin usein hyvin aktiivinen työskentely ylläpitää toiveikasta ilmapiiriä. Tuloksia, ainakin näennäisiä, syntyykin, mutta ongelmana on, etteivät muiden jäsenten osaaminen ja resurssit tule ryhmän käyttöön.

Laatuprojektin tueksi tarvitaan monesti **koulutusta**. Koulutus voi liittyä projektin käynnistämiseen *“virikekoulutuksena”*, se voi vuorotella kehittämistoiminnan kanssa tai se voi päättää projektin. Koulutus on tarpeen erityisesti silloin kun käytetään sellaista työskentelytapaa, josta työyhteisöllä ei ole aiempaa kokemusta. Laajalla kouluttamisella parannetaan projektityöskentelyn tehokkuutta, varmistetaan tavoitellun muutoksen toteutumista ja vähennetään muutosvastarintaa projektin tuloksia sovelletaessa. Johdon mukana olo koulutuksessa viestittää, että johtokin on sitoutunut projektin tavoitteisiin.

Työyhteisön omin voimin toteuttama kehittämistyö ei sulje pois ulkopuolisten, **eri alojen asiantuntijoiden ja konsulttien käyttöä** (**konsulttisopimus*). Näin voidaan turvata asiantuntemuksen riittävyys ja toiminnan kriittinen tarkastelu, saada puolueeton näkökulma ja varmistaa projektin eteneminen. Haasteena, mutta myös vaikeutena on saada **asiakas tai hänen edustajansa oman asiansa asiantuntijana** entistä tiiviimmin mukaan kehittämistyöhön ja jopa osallistumaan projektiryhmän työskentelyyn jäsenenä (vrt. asiakkaan valtaistaminen, empowerment).

Johdon rooli on projektin kaikissa vaiheissa merkittävä. Johto voi toimia kehittämistyön alkuunpanijana, jolloin on tärkeää saada työntekijöiden suostumus ja hyväksyntä idealle. Kun kyseessä on työntekijöiden omaehtoinen kehittämistoiminta, on sille puolestaan saatava johdon siunaus ja tuki. Sillä on merkitystä sekä projektin tarvitsemien resurssien saamiseen että mahdollisten toimintamuutosten toteuttamiseen.

Laatuprojektin tuloksena ehdotetaan usein toiminnan muutosta. **Muutoksen aikaansaaminen** sujuu parhaiten silloin, kun koko työyhteisö on johto mukaanlukien tavalla tai toisella mukana projektissa ja suunnittelee itse tarvittavat muutokset. Projektin etenemiseen liittyy aina ponnisteluja ja takaiskuja, joihin on hyvä valmistautua. Muutosvastarintaa ilmenee, kun ollaan epävarmoja tulevasta tilanteesta. Energiaa kuluu vanhan toimintatavan paremmuuden todisteluun.

Tiedottaminen ja avoin keskustelu hälventävät epäilyjä ja auttavat sitoutumaan muutokseen.

Laatupalkinnot kannustavat ponnistelemaan kehittämishankkeissa. Organisaatio voi julistaa haettavaksi oman laatupalkinnon ja laatia siihen säännöt. Näin on menetellyt esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Suomen Fysioterapeuttiliitto kannustaa puolestaan jäsenistöään laatutyöhön Fysioterapian Laatupalkinnon avulla. **Suomen Laatupalkinnon* voittajille on tarjolla runsaasti mainetta ja kunniaa ja vaatimustasoa voi nostaa tähtäämällä vaikka Euroopan Laatupalkintoon.

Lähteitä

Benchmarking käsikirja. Nopea oppiminen – ylivoimainen kilpailuetu. Laatu keskus. Lahti 1998.

Hamilas M, Lempinen K, Mustonen M. Jatkuvan laadunparantamisen (CQI) menetelmäkurssi sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:70, Turku 1998.

Jalava U, Virtanen P. Moniammatillinen projektitoiminta. Avain hyvinvointipalvelujen tulevaisuuteen. Kirjayhtymä Oy. Helsinki 1995.

Jalava U, Virtanen P. Laatu, innovaatio ja projekti. Hyvinvointipalvelujen ydinkysymyksiä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki 1996.

Jalava U, Virtanen P. Tietoa luova projekti polku oppivaan organisaatioon. Kirjayhtymä Oy. Helsinki 1998.

Laatu hallintaan. Kokemuksia ja kehittämishankkeita fysiatrian alalta. Toim. Holma T. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1995.

Marsh J. Laatutyökalut A:sta Ö:hön. Rastor (ei painovuotta).

Matthies A-L. Kehittämistyön dynamiikka – mikä suuntaa katseen ja kuka rajaa kuulon? Julkaisussa Kehittämistyö itsenälyysiin. Toim. Lindqvist Tuija & Rajavaara Marketta. STAKES, Raportteja 147, Helsinki 1994.

Muistinvirkistäjä. The Memory Jogger. Taskukirja jatkuvan kehityksen apuvälineistä. Metalliteollisuuden Kustannus Oy. Tampere 1995.

Outinen M, Holma T ja Lempinen K. Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva 1995.

Terve työyhteisö – kehittämisen malleja ja menetelmiä. Toim. Lindström K. Työterveyslaitos. Helsinki 1994.

Vasa sjukvårdsdistrikt – Vaasan sairaanhoitopiiri. Projekt handbok – Projekti käsikirja. Utvecklingsenheten – Kehitysyksikkö 1998.

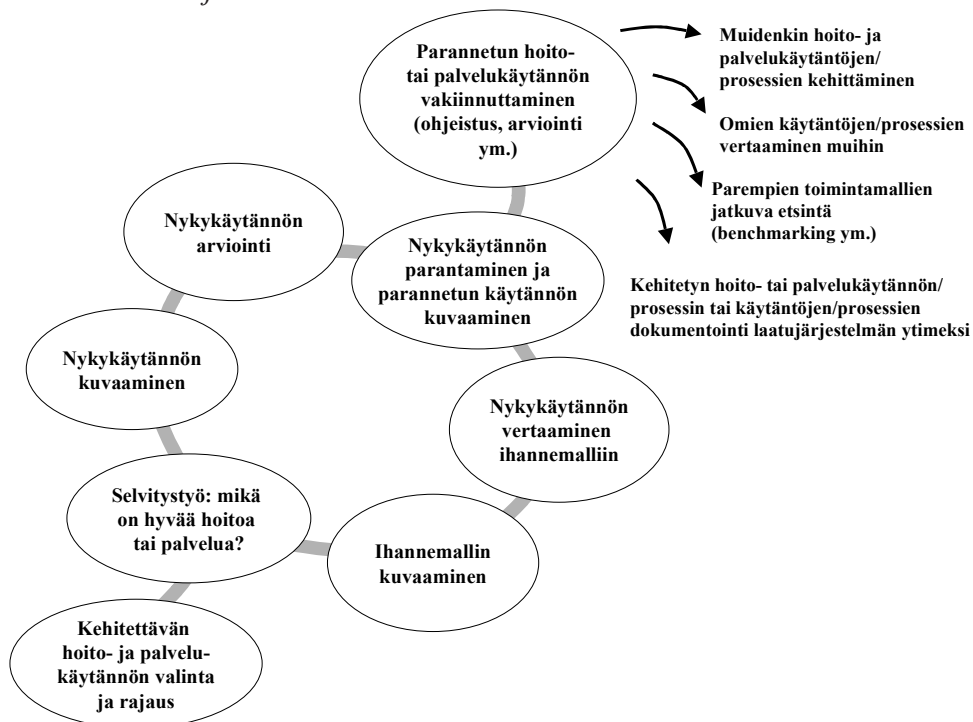
Vuori H. Terveystieteiden laadunvarmistus. SHKS. Helsinki 1995.

Åhlberg M. Jatkuva laadunparantaminen korkeatasoisena oppimisena. Joensuun yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia N:o 68. Joensuu 1997.

Polku 5

Parempaan käytäntöön hoidossa ja palvelussa

Laatutielle lähdetään tällä polulla tavoitteena paremman hoito- ja palvelukäytännön kehittäminen ja omaksuminen. Hoito- tai palvelukäytäntö tarkoittaa sitä toimintatapaa, jolla todellisuudessa tehdään työtä. Työntekoa voidaan parantaa monella tavalla. Nykyisin yleistynyt tapa on tarkastella hoitoa tai palvelua prosessina ja tätä kautta löytää parantamisen kohteet ja toimivat käytännöt. Syynä tämän polun valintaan voi yksinkertaisesti olla halu kehittää ja sujuvoittaa omaa työtä. Syynä voi kuitenkin olla myös se, että prosessien hallintaan kannustetaan valtakunnallisessa suosituksessa, asiasta puhutaan paljon julkisuudessa tai on laadittu alueellinen hoito-ohjelma, jonka periaatteet pitäisi viedä omaan toimintaan. Ensimmäisiä vaiheita polulla on valinta ja rajausta: mitä käytäntöä lähdetään parantamaan ja kehittämään. On myös määriteltävä, mitä 'hyvä' tarkoittaa omassa organisaatiossa. Seuraavassa vaiheessa kuvataan parannettava nykyinen hoito- tai palvelukäytäntö tai ihannemalli, joka otetaan tavoitteeksi. Nykyistä käytäntöä voidaan verrata ihannemalliin. Kuvaukset voidaan tehdä sanallisesti tai visualisoiden esimerkiksi vuokaaviotekniikalla. Keskeisten hoito- tai palveluprosessien kuvaukset muodostavat oleellisen osan laatukäsikirjaa.



Mistä polulla on kyse

Tällä polulla paneudutaan siihen, miten voidaan edetä kohti laadunhallintaa lähemmällä liikkeelle omien hoito- tai palvelukäytäntöjen järjestelmällisestä kehittämisestä. Oman toiminnan kehittämisessä ei sinänsä ole mitään uutta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Alan ammattilaiset ovat kautta aikojen halunneet tehdä hyvää työtä ja ovat olleet valmiita työtään myös kehittämään. Korkeatasoinen peruskoulutus antaa tähän oivat perusvalmiudet. Polulle onkin helppo lähteä.

Hoito- ja palvelukäytäntöjen kehittämisessä tarvitaan näkemys siitä, millainen on se hyvä tai parempi käytäntö, joka halutaan omaksua. Tämä edellyttää muun muassa eri asiakasryhmien odotusten ja palvelutarpeiden sekä muiden hoitoon ja palveluun kohdistuvien vaatimusten selvittämistä. Hyvä hoito- tai palvelukäytäntö ottaa huomioon eri tahoilta tulevat odotukset ja vaatimukset.

Tarvitaan myös tietoa nykytilanteesta, mahdollisista parantamisalueista, solmukohdista tai ongelmista. Tietoa saadaan monesta eri lähteestä: työpaikalla käydyistä keskusteluista, tutkimuksista tai selvityksistä, henkilöstökyselyistä, tilastoista, asiakaspalautteista, henkilöstön ajankäytön seurannasta, tuloksellisuusmittauksista jne. Kerätyn tiedon pohjalta arvioidaan tilanne ja tehdään johtopäätökset siitä, miksi ja miten nykykäytäntöä pitäisi kehittää.

Kun omaa hoito- tai palvelukäytäntöä on kehitetty ja luotu uusi toimintamalli tai parempi toimintatapa on vielä yhdessä sovittava ja varmistettava, miten toimitaan. Sovitut käytännöt pannaan myös paperille ja laaditaan tarvittavat ohjeet ja käsikirjat uuden käytännön toteutumisen varmistamiseksi.

Hoito- ja palvelukäytäntöjen kehittäminen prosesseja parantamalla

Hoito- ja palvelukäytäntöjä voidaan kehittää monella tavalla. Kehittämistyö perustuu nykyisin yhä useammin työprosessien parantamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa prosesseja tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta: tavoitteena on hänen saamansa hoidon tai palvelun parantaminen.

Prosessi on asiakkaan näkökulmasta ajallisesti peräkkäin tapahtuvien palvelutapahtumien muodostama ketju. Paitsi asiakkaan prosessina voidaan samaa palvelutapahtumien ketjua tarkastella myös työntekijän tai työryhmän työprosessina. Prosessin haluttu toteutuminen varmennetaan erilaisilla asiakasta ja työntekijää koskevilla ohjeilla. Siihen kuuluu ainakin palvelun vireillepano, toteutus ja lopettaminen. (Asiakaslähtöiset palveluprosessit 1999)

Erilaisten prosessien hallinta on keskeinen tavoite tämän päivän organisaatioille. "Laatutyö perustuu prosessien hallintaan" todetaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon uusimmassa laadunhallintasuosituksessa (Sosiaali- ja terveydenhuollon 1999). Laadun arvioinnin ja parantamisen peruskysymyksiä on se, miten sujuvasti ja millaisessa ilmapiirissä asiakas saa palvelunsa ja mitä mahdollisuuksia hänellä on itse osallistua ja vaikuttaa palveluprosessiinsa.

Prosessien hallinnan edellytys on, että tunnistetaan potilaiden ja asiakkaiden kannalta ne keskeiset hoito- ja palveluprosessit, joiden tulee olla kunnossa. Työskentely voidaan aloittaa tunnistamalla myös ne hoito- tai palveluprosessit, jotka kaipaavat parantamista. Parannettavien prosessien tunnistamista auttavat seuraavat kysymykset (Vaaranen 1999):

- 1 Mistä työprosessi alkaa ja mihin se päättyy?
- 2 Kuka/ketkä hyötyvät prosessista?
- 3 Mitä strategista etua parantaminen palvelee?
- 4 Miksi on tärkeää parantaa työprosessia juuri nyt?

Prosessit on tehtävä näkyväksi kuvaamalla ne jollakin tekniikalla. Prosessien kuvaaminen auttaa

- ☐ hahmottamaan parannettavan kokonaisuuden,
- ☐ löytämään mahdolliset kriittiset tai tarkempia ohjeita vaativat kohdat,
- ☐ auttaa arvioimaan prosessin tuloksellisuutta ja laatua sekä resurssien käyttöä luotettavammin, kun tarkastelulle on jokin konkreettinen pohja,
- ☐ osoittamaan myös muille (asiakkaille, ostajille, työtovereille, päättäjille, opiskelijoille), miten meidän organisaatiossamme asiakkaat palvelunsa saavat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon prosessien hallinta on vaativa tehtävä. Vaativuutta lisää muun muassa se, että kyse on asiakkaan kannalta ainutkertaisesta tapahtumasta, jota on lähes mahdoton samanlaisena toistaa. Prosessin läpiviemisessä tarvitaan myös monialaista osaamista ja yhteistyötä, mikä aiheuttaa erityisen haasteen prosessien johtamiselle ja eri ammattiryhmien työnjaolle ja vastuiden määrittelylle. Yhden työntekijän tekemiset tai tekemättä jättämiset voivat vaikuttaa oleellisesti koko prosessin onnistumiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon prosesseille on myös tavallista, että asiakas saa hoitoa ja palvelua samaan vaivaan tai ongelmaan useamman organisaation tai palveluyksikön tuottamana. Tällaiset eri organisaatioissa kulkevat yhteistyöprosessit edellyttävät eri osapuolilta sujuvaa 'kapulanvaihtamista' ja yhdenmukaisia toimintalinjoja, jotta asetetut tavoitteet saavutettaisiin. Terveys- ja terveydenhuollossa on viime vuosina puhuttu saumattomista hoitoketjuista, kun tarkoitetaan sujuvaa työnjakoa ja käytännön yhteistyötä potilaiden hoidon järjestämiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu suositus hoitoketjujen toteuttamiseksi (1998). Hoitoketjuohjeessa ehdotetaan selvitettäväksi ja kuvattavaksi muun muassa seuraavia seikkoja:

- ☐ paljonko kyseistä sairautta potevia potilaita on alueella,
- ☐ miksi tämä sairaus- tai potilasryhmä valittiin hoitoketjun kohteeksi
- ☐ onko hoitovastuu erikoissairaanhoidossa vai perusterveydenhuollossa ja kuka on potilaan vastuulääkäri,
- ☐ työnjako terveyskeskuksen ja sairaalan välillä,
- ☐ kuvaus mahdollisesta HYKS:n tai yksityissektorin roolista,
- ☐ kuvaus yhteisesti sovituista hoitoperiaatteista,

-
- ☐ ohjeet potilaan siirtymisestä hoitopaikasta toiseen (esim. vuokaavio),
 - ☐ kuvaus tiedonkulusta sairaalan ja terveyskeskuksen välillä,
 - ☐ yhtenäiset potilasohjeet terveyskeskuksessa ja sairaalassa,
 - ☐ hoitoketjun vastuuhenkilöt perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä heidän yhteystietonsa,
 - ☐ kannanotto telelääketieteen mahdollisuuksista potilasryhmän hoidossa,
 - ☐ potilaiden ja omaisten osuus hoidossa.

Hoitoketjun käyttöönottoa suositellaan tehostettavaksi kirjallisella kuvauksella, ydinkohtien esiin nostamisella, koulutus- ja tiedotustilaisuuksia järjestämällä, ohjeen sähköisellä muodolla esimerkiksi Internetissä, hoitoketjun toimivuutta mittaavien tulosten saattamisella kaikkien asianomaisten tietoon sekä nimeämällä hoitoketjun vastuuhenkilö, joka seuraa, arvioi ja huolehtii jatkuvuudesta.

Laatukriteerit ohjenuorana kehittämistyössä

Hyvän hoito- tai palvelukäytännön tueksi ja ohjenuoraksi voidaan määrittää laatukriteereitä. Nykysuomen sanakirjan mukaan kriteerillä tarkoitetaan ominaisuutta, jonka perusteella joku voidaan varmasti erottaa muista, todistaa tai todeta oikeaksi. Kriteerien voidaan ajatella olevan myös jonkin asian ratkaiseva tunnusmerkki.

Laatukriteerien avulla osoitetaan laadun tunnusmerkit. Laatukriteerit antavat 'hyvälle' sisällön ja samalla laadulle konkreettisen hahmon. Laatu voidaan määritellä seuraavasti (SFS-ISO 8402):

Laatu on niistä ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset.

Laatua arvioitaessa tehdään johtopäätöksiä siitä, miten on pystytty vastaamaan hoitoon ja palveluun kohdistuviin odotuksiin ja niille asetettuihin vaatimuksiin. Arviointia varten tarvitaan arviointiperusteita, kriteereitä.

Hyvän hoito- ja palvelukäytännön luomisessa laatukriteerit muistuttavat: "tämä pitää ottaa huomioon palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa". Laatukriteerit toimivat näin ohjenuorana hyvään hoitoon ja palveluun pyrittäessä. Kuviossa 8 esitetään laatukriteerille myös muita tehtäviä, joista esimerkiksi laatukriteerin käyttöä mittarina tarkastellaan lähemmin mittaripolulla (ks. Polku 6).

<p>Laadun varmistaminen ja arviointi: nämä seikat pitää ottaa huomioon onko tavoitteeksi asetettu HYVÄ toteutunut.</p>	<p>Laadun tunnistaminen ja määrittely: tämä on laatua, tämä on sitä HYVÄÄ, mihin pyrimme.</p> <p>MIKÄ TEHTÄVÄ LAATUKRITEEREILLÄ?</p>	<p>Laadun suunnittelu ja ohjaus: tämä pitää ottaa huomioon (esim. kirjaamisessa ja palveluja suunniteltaessa).</p>
<p>Laatumittari: konkreettinen mittapuu laadulle mittausasteikkoineen.</p>	<p>Laadun konkretisoija: ilmaisee esimerkiksi tarkemmin, mitä yleisemmät laatutavoitteet tai palveluperiaatteet meillä tarkoittavat.</p>	<p>Laadun piirteiden jäsentäjä ja erittelijä: tämä kuuluu tähän joukkoon jne.</p>

Kuvio 8. *Laatukriteerien tehtävät.. (Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja ...1999).*

On tavallista, että laatukriteerejä määritellään itse konkretisoimaan hyvää laatua omassa työssä. Yhä enemmän käytetään kuitenkin myös valmiita kriteeristöjä. Esimerkiksi asiakaspalvelun kehittämisessä voidaan hyödyntää valmiita hyvän palvelun kriteeristöjä. Näitä on esitelty muun muassa julkaisussa Asiakas ja laatu (Outinen ym. 1994).

Grönroos on laajan tutkimuksen pohjalta tiivistänyt nimenomaan palvelua saavan ihmisen näkökulmasta hyvän palvelun kriteereiksi (Grönroos, 1987):

- ☐ ammattiosaaminen ja taidot,
- ☐ asenne ja käyttäytyminen,
- ☐ saavutettavuus ja joustavuus,
- ☐ luotettavuus ja luottamuksen arvoisuus,
- ☐ virheistä oppiminen, maine ja uskottavuus.

Ammattitaito ja osaaminen merkitsee sitä, että asiakkailla on kokemus organisaation osaamisesta ja taidoista, joita heidän ongelmiansa ratkaisuun tarvitaan. Asenteet ja käyttäytyminen merkitsevät sitä, että asiakkailla on tunne, että työntekijät ovat heidän kysymyksistään kiinnostuneita ja haluavat ratkaista ongelmat ystävällisesti ja spontaanisti. Saavutettavuudessa ja joustavuudessa asiakas kokee, että palvelun tuottaja, yksikön sijainti, toiminta-ajat, työntekijät ja toimintajärjestelmät on suunniteltu toimimaan siten, että palvelua on helppo saada ja asiakkaan vaatimuksiin suhtaudutaan joustavasti. Luottamuksen arvoisuudessa ja luotettavuudessa on kyse siitä, että asiakas tietää sopimusten pitävän eli hän

voi luottaa siihen, että palvelun tuottaja, sen työntekijät ja järjestämät pitävät kiinni lupauksistaan ja toimivat asiakkaan parhaaksi. Virheiden korjaaminen tarkoittaa sitä, että asiakas tajuaa, että virheet korjataan niiden sattua välittömästi ja niistä opitaan korjaamalla ne. Maine ja luotettavuus -kriteeri täyttyy, kun asiakkaat uskovat, että palvelun tuottajaan voidaan luottaa ja saadaan vastine rahalle, siten että palvelun tuottajan arvot ja käyttäytyminen ovat kunnioitettavia. Tätä kriteeriä Grönroos kutsuu imagokriteeriksi.

Miksi ja milloin

Parempaan käytäntöön hoidossa ja palvelussa -polulle lähdetään monenlaisista tilanteista. Yksi tavallisimpia lähtötilanteita on jo edelläkin todettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten halu kehittää omaa työtään. Hoidon ja palvelun parantamiseen voivat johtaa myös huomiot, että nykyinen työkäytäntö ei enää vastaa tarkoitustaan, ei tuo tuloksia tai ei muusta syystä enää toimi. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio voi myös joutua hoitamaan ja palvelemaan aivan uusia asiakasryhmiä tai aloittamaan täysin uuden toimintamuodon. Syynä hoito- ja palvelukäytännön kehittämiseen voi olla myös se, että prosessien hallintaa on viime vuosina korostettu monessa valtakunnallisessa suosituksessa (**Laadunhallintasuositukset*). Terveys- ja terveydenhuollossa paremman käytännön polulle lähtö voi tapahtua myös silloin, kun valtakunnallisten hoitosuositusten ja/tai hoito-ohjelmien periaatteita ja menettelyjä istutetaan omiin hoitokäytäntöihin. Vastaava tilanne on, kun halutaan esimerkiksi saada valtakunnalliset tai paikallisesti sovitut laatukriteerit elämään omassa hoito- ja palvelukäytännössä (esimerkiksi Hyvän huostaanoton laatukriteerit, Dementoituneiden hyvän hoitotyön kriteerit, Helsingin kaupungin vanhusten laitoshoidon laatukriteerit). Myös palvelujen tuotteistus käynnistää usein tarpeen arvioida tarkemmin palvelun tuottamisprosessia ja työtapoja sekä parantaa tai uudistaa niitä.

Hoitosuositukset kehittämistyön pohjana terveydenhuollossa

Terveys- ja terveydenhuollossa lähtötilanteena voi olla se, että hoitosuosituksia tai hoito-ohjelmia istutetaan omiin hoitokäytäntöihin. Terveys- ja terveydenhuollon hoitokäytäntöihin liittyvää kehittämistyötä selvitettiin Sosiaali- ja terveysministeriön kyselyssä (Kupiainen 1996). Kehittämistyötä oli käynnissä valtaosassa vastanneista sairaaloista ja vajaassa puolessa terveyskeskuksista. Sairaalat ja terveyskeskukset pitivät muun muassa tärkeänä alueellisten hoito-ohjelmien laatimista, toimintayksiköiden laadunhallintajärjestelmien kehittämistä, hoitomenetelmien arvioinnin ajantasaisuudesta huolehtimisesta sekä järjestelmällisten seurantamenetelmien käyttöönottoa.

Hoitosuositus on tieteelliseen tutkimukseen ja sen kriittiseen arviointiin perustuva kansallinen tai kansainvälinen suositus tutkimus- ja hoitomenettelyistä. (STM, hoitokäytäntöprojekti 1997). Suomessa hoitosuositusten laadinnassa on

keskeinen asema Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja erikoislääkäriyhdistysten yhdessä käynnistämällä Käypä hoito -projektilla. Hoitosuosituksen laativan työryhmän oleellinen tehtävä on systemaattisesti kartoittaa ja arvioida aiheeseen liittyvä tieteellinen näyttö. Tässä voidaan käyttää apuna tietokantoja, joista yleisesti käytetty on esimerkiksi **Cochrane -tietokanta*.

Hoito-ohjelma on alueellisesti tai paikallisesti laadittu ja paikallisiin olosuhteisiin sovellettu, hoitosuositukseen perustuva kannanotto tai hoitoketjun kuvaus. Alueellisissa hoito-ohjelmissa pyritään hoitoketjujen ja -ohjelmien avulla saumattoman hoidon kehittämiseen muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

Hoitoketju, palveluketju on sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioiden yhteistoiminnan kautta syntyvä asiakkaan, potilaan palvelukokonaisuus, joka muodostuu samaan ongelmaan, vaivaan tai sairauteen liittyvistä palveluista (STM, hoitokäytäntöprojekti 1997).

Hoitokäytännöllä tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa sitä toimintatapaa, jolla todellisuudessa tehdään työtä. Ideaalitapauksessa hoitokäytäntö on yhtenevä valtakunnallisen tai alueellisen hoito-ohjelman kanssa. (STM, hoitokäytäntöprojekti 1997). Organisaation omaa hoito- tai toimintakäytäntöä tai organisaatioiden yhteisiä hoitoketjuja voidaan kehittää paremmin vastaamaan hoitosuositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien periaatteita ja menettelyjä. Tällöin voidaan korostaen puhua 'Hyvästä hoitokäytännöstä'.

Valtakunnallisia suosituksia ja hyvän käytännön malleja voidaan laatia myös tietyille palvelualoille tai toimintasektoreille. Niidenkin soveltaminen ja istuttaminen omaan organisaatioon edellyttää nykyisten työkäytäntöjen uudelleen arviointia ja yleensä myös hoito- ja palveluprosessien parantamista.

Hyvä Työterveyshuoltokäytäntö (HTTK) on esitelty valtioneuvoston päätöksessä 950/94. Aiheesta on julkaistu myös opas, jonka tavoitteena on antaa ideoita ja apuvälineitä oman toiminnan kehittämistä varten. Hyvä Työterveyshuoltokäytäntö esittelee työterveyshuollon toiminnot työpaikkaselvityksistä toiminnan suunnitteluun kuvaten suositeltavia toimintatapoja ja antaen vinkkejä esimerkein sekä kirjallisuuden avulla. Mukana on myös ideoita laadunhallintaan. (Hyvä työterveyshuoltokäytäntö ...1997)

Invalidiliiton vaikeasti vammaisten hyvä kuntoutuskäytäntö on samalla Invalidiliiton sitoumus erityisesti vaikeasti vammaisten asiakkaiden kuntoutuspalvelujen laadun jatkuvaksi parantamiseksi. Hyvä kuntoutuskäytäntö kuvataan prosessina, jossa kuljetaan kuntoutusjaksolle tuloa edeltävästä vaiheesta aina kuntoutusjakson jälkeiseen vaiheeseen tarkastellen, mitä vaatimuksia kussakin vaiheessa asetetaan suunnittelulle ja seurannalle, kuntoutusyhteistyölle sekä jatkuvalla arvioinnilla ja laadunvarmistuksella. Hyvää kuntoutuskäytäntöä ohjaavat yleiset periaatteet, joiksi on nostettu yhteisön eettiset periaatteet, asiakaslähtöiset palvelut, systemaattinen suunnittelu, moniammatillinen yhteistyö sekä jatkuva arviointi ja laadun parantaminen. (Hyvä kuntoutuskäytäntö 1998)

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien sisällä on luotu toimintamalleja ja suosituksia hyvän hoito- ja toimintakäytännön kehittämiseksi. Muun

muassa hoitotyössä on käytetty jo 1980-luvun lopulta lähtien kehittämismallia, jossa laadunvarmistusta tarkastellaan prosessina. Prosessin vaiheita ovat muun muassa arvojen tunnistaminen, laatuvaatimusten ja -kriteerien asettaminen, toiminnan arviointi edellisiin perustuen sekä toiminnan korjaaminen ja kehittämisen arviointitulosten pohjalta (Pelkonen ym. 1992). Mallia on käytetty hoitoyksiköissä viitekehyksenä, kun omia työkäytäntöjä on parannettu.

Lähtökohtana palvelujen tuotteistus

Seuraavassa tarkastellaan toisenlaista lähtötilannetta, jossa palvelujen tuotteistus voi käynnistää prosessien ja työkäytäntöjen kehittämisen.

Palvelujen tuotteistus on organisaation tai työyksikön tuottamien ja asiakkaan saamien palvelujen määrittelyä, täsmentämistä ja profilointia. Laajasti ymmärrettynä tuotteistus on palvelutuotannon kehittämistä vastaamaan oman asiakaskunnan tarpeita. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotteet ovat palveluita. Palvelu ja tuotteistettaessa määritellään oma palveluvalikoima sekä yksittäisten palvelujen tarkoitus, sisältö, tarvittavat resurssit, laatuvaatimukset, kustannukset ja mahdolliset muut ominaisuudet. (Tuotteistus tutuksi ...1998)

Kun tuotteistuksessa määritellään palvelujen sisältöä saatetaan huomata, että tarvittaisiin enemmän tietoa siitä, miten palvelun tuottaminen etenee. Palvelun tuottamisprosessin analysointi ja arviointi voi johtaa myös kyseisen prosessin parantamiseen ja palvelun tai tuotteen uudelleen määrittämiseen. Voidaan myös kehittää aivan uusi tuote/palvelu, jolloin palvelun tuottamisprosessin tai vaihtoehtoisten tuottamisprosessien tarkempi analysointi on paikallaan. Kustannusten arviointia ja kustannuslaskentaa varten on tiedettävä, paljonko palvelun tuottamiseksi tarvitaan työvoimaa ja muita resursseja. Prosessin analysointi auttaa huomaamaan kaikki mukaan tulevat kustannustekijät.

Tuotteistus tukee mitä suurimmassa määrin laadunhallintaa. Hyvin tehty tuotteistus ei estä näkemästä asiakasta inhimillisenä olentona eikä estä yksilöllisesti ja luovasti suunnitellun hoidon tai palvelun toteutumista. Tuotteistus antaa jäsentyneen raamin työskentelylle.

Vaiheita ja valintoja

1. Hoito- ja palvelukäytännön kehittämispäätös ja parannettavan käytännön valinta

Parempaan käytäntöön hoidossa ja palvelussa -polulla, kuten monella muullakin polulla tässä julkaisussa, on ensimmäisenä vaiheena päätöksen tekeminen. Edellä on jo kuvattu erilaisia syitä päätöksen tekemiseen. Taustalla voivat olla myös aiemmat keskustelut siitä, että omaa toimintaa ja työn tuloksia pitäisi pystyä osoittamaan myös muille. Tähän tarvitaan tietoa siitä, millainen nykykäytäntö

on ja miten se toimii. Tarve jonkun työkäytännön parantamiseen voi syntyä myös asiakaspalautteen, itsearvioinnin tai vaikkapa tilastojen tarkastelun perusteella.

Päätös kehittämisestä sisältää tavallisesti myös rajauksen: parannettavaksi valitaan jokin tietty hoito- tai palvelukäytäntö tai vain sen osa. Valintaa helpottaa, jos oma toiminta on jäsentynyt niin, että kokonaisuus on hallinnassa. Valinnan kaksi päälinjaa ovat: halutaan vain yleisesti parantaa käytäntöjä tai valitaan kohteeksi jokin pulmallinen hoito- tai palvelukäytäntö.

Kehittämisen kohteeksi voidaan valita jonkin asiakasryhmän palvelu (vanhusten kotihoito), jokin palvelusektori (ateriapalvelut) tai toiminto (dokumentointi). Samalla täsmennetään, tarkastellaanko asiaa koko organisaation (sairaala, sosiaalitoimisto, kunta) vai jonkun työyksikön (kuntoutusyksikkö) tai palvelualan (sosiaalityö) näkökulmasta. Terveystieteiden kehittämiset voidaan aloittaa niistä sairausryhmistä, jotka ovat kansantaloudellisesti tai yksiköiden toiminnan kannalta merkittäviä.

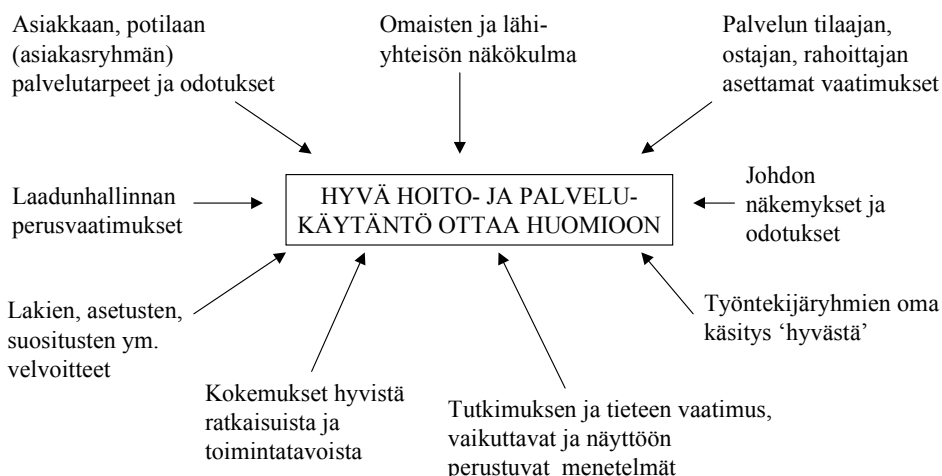


2. Hyvän hoito- ja palvelukäytännön tunnistaminen

Oli sitten kyse oman nykyisen hoito- ja palvelukäytännön ‘päivittämisestä’ tai uuden luomisesta kannattaa ensin määritellä, mitä ‘hyvällä’ omassa organisaatiossa tarkoitetaan: mihin suuntaa hoitoa ja palvelua pitäisi kehittää. Se, keiden kaikkien ‘hyvä’ pitäisi hoitoa ja palvelua parannettaessa ottaa huomioon, selviää esimerkiksi kartoitettaessa niitä tahoja, joiden odotuksiin, vaatimuksiin ja tarpeisiin kyseisen toiminnan tai palvelun tulee vastata (kuviot 9).

Tässä vaiheessa selvitetään asiakastarpeiden ja -odotusten lisäksi, mitä tutkimuksia kyseisestä aiheesta on raportoitu ja vahvistavatko tutkimustulokset tietyn menetelmän tai toimintatavan käyttöönottoa. On syytä hankkia tietoa myös näyttöön perustuvista toiminta- ja hoitosuosituksista ja tarkentaa, mitä vaatimuksia nämä asettavat omiin käytäntöihin. Monet pienetkin ammattialat ovat selvittäneet omien menetelmiensä vaikuttavuutta analysoimalla esimerkiksi kirjallisuushakujen kautta saatuja tutkimuksia (esimerkiksi Aittasalo 1999).

On myös syytä selvittää, miten mahdollinen lainsäädäntö vaikuttaa kyseessä olevan hoidon tai palvelun sisältöön. Palvelun laatuun viittaavia vaatimuksia on muun muassa potilaan asemaa käsittelevissä laeissa.



Kuvio 9. Tahot, joiden odotukset ja tarpeet otetaan huomioon hyvässä hoito- ja palvelukäytännössä. (Holma 1999).

Eri tahojen tarpeiden tunnistamisen ja selvittämisen jälkeen ne kirjataan, jotta voidaan myöhemmin tarkistaa, että ne on otettu huomioon kehitettävässä hyvän käytännön mallissa. Eri tahojen tarpeista nousevat myös pääosin ne tavoitteet, joita hyvälle hoidolle ja palvelulle asetetaan.



3. Hoito- ja palvelukäytännön kuvaaminen

Seuraavaksi on päätettävä, lähdetäänkö kuvaamaan nykyinen hoito- tai palvelukäytäntö (3a) vai kuvataanko ihannemalli: se tila, joka asetetaan tavoitteeksi (3b). Käytännössä voidaan laatia myös kaksi kuvausta: nykyinen ja tavoitteeksi asetettava. Kuvaamisprosessin voi toteuttaa samalla tavalla. Seuraavassa esitellään ensin nykykäytännön kuvaamista ja sen jälkeen ihannemallin laatimista. Kuvaaminen perustuu tässä julkaisussa prosessiajatteluun, jolloin parantamisen kohteeksi valittu tai tavoitteeksi asetettava hoito- tai palvelukäytäntö visualisoidaan prosessina.

3 a. Nykykäytännön kuvaaminen

Kuvattava prosessi voi alkaa asiakkaan tulosta hoidon tai palvelun piiriin ja päättyä asiakkaan palvelutarpeen tyydyttymiseen tai muuhun tapahtumaan (asiakas siirtyy toiseen organisaatioon). Prosessin kuvaamista voidaan jatkaa myös pidemmälle, jos halutaan saada näkyviin koko palvelu- tai hoitoketju.

Prosessit voidaan kuvata monella tavalla. Yksinkertaisimmillaan prosessi voidaan kuvata kertomalla sanallisesti, miten asiakas kulkee prosessissa ja mitä vaiheita prosessi sisältää:

1. Vanhuksen omainen toteaa, että vanhus ei selviä enää yksin kotonaan.
2. Omainen ottaa yhteyttä kotihoitotoimistoon ja selvittää tilanteen.
3. Kotihoidon ohjaaja tekee arviointikäynnin vanhuksen luo.
4. Kotihoitotoimistossa tehdään päätös kotihoidon aloittamiseksi.
5. Kodinhoitaja tekee ensimmäisen käynnin vanhuksen luo, jonka aikana tehdään yhdessä vanhuksen sekä mahdollisesti hänen omaisensa kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma sekä maksupäätös.
6. Kotihoitokäynnit jatkuvat suunnitelman mukaan toistaiseksi.

Prosessin kulkua ja etenemistä voidaan kuvata myös jäsentämällä päävaiheet sanallista ilmaisu visuaalisemmin ja kertomalla päävaiheiden sisältö tai eri vaiheisiin kuuluvat tehtävät. Melko yleinen tapa on kuvata prosessi vuokaavio-tekniikalla, jossa erilaisia symboleja käyttäen kuvataan, mitä tapahtuu prosessin eri vaiheissa (**laatutyökalut*).

Prosessikuvausta voi täydentää täsmentävillä kysymyksillä, jotka auttavat myöskin arvioimaan prosessin onnistumista (Asiakaslähtöiset palveluprosessit, 1999):

- ☐ Keille tämä prosessi on tarkoitettu?
- ☐ Kuka vastaa kyseisestä prosessista?
- ☐ Mitä tämän prosessin avulla halutaan saada aikaan?
- ☐ Prosessin vaiheet ja kulku: mistä tämä prosessi alkaa, mihin päättyy, mitä tapahtumia ja vaiheita sisältää?
- ☐ Ketkä kaikki ammattihenkilöt osallistuvat kiinteästi tähän prosessiin?
- ☐ Ketkä muut tai mitkä muut tahot liittyvät jollain tavalla prosessiin?
- ☐ Mitä muita (kuin henkilöstö-) resursseja prosessin toteuttaminen vaatii?
- ☐ Mitä odotuksia kohdistuu prosessiin eri tahoilta (palvelun käyttäjien, omaisten, rahoittajien, maksajien jne.).
- ☐ Laadun kannalta tai muulla tavoin kriittiset kohdat prosessissa (solmu-kohdat, kapulanvaihtokohdat, asiakkaan tyytyväisyyteen vaikuttavat seikat ym.)?
- ☐ Mitä kirjallisia dokumentteja tarvitaan prosessin onnistumisen varmistamiseksi (työohjeet, kriteerit, muistilistat, tsekkauslistat ym.)
- ☐ Mitä kirjallisia dokumentteja syntyy prosessin aikana (suunnitelmat, potilasdokumentit, tutkimuslomakkeet jne.)?
- ☐ Miten prosessin onnistumista arvioidaan? Mitä mittareita käytetään?

3 b. Ihannemallin kuvaaminen

Ihannemalli toimii suunnannäyttäjänä ja kertoo mihin pyritään. Hyvän hoito- tai palvelukäytännön ihannemalli perustuu sekä tietoon että kokemukseen. Tieto

voi olla tieteellistä näyttöä erilaisten menetelmien vaikuttavuudesta tai tuloksia omista tiedonkeruun lähteistä (tilastot, selvitykset, asiakaskyselyjen tulokset, tuloksellisuustiedot). Voidaan myös haastatella asiantuntijoita tai koota kokemuksiperäistä tietoa onnistuneista ratkaisuista ja toimintamalleista yhteistyökumppaneilta, vertaisilta tai vaikkapa benchmarking-verkostosta. Ihannemallia voidaan rakentaa myös käymällä läpi samoja kysymyksiä kuin nykykäytännön kuvaamista esittelevässä kohdassa ja vastaamalla kysymyksiin: näin sen pitäisi olla.



4a. Nykykäytännön arviointi

Kun nykyinen hoito- ja palvelukäytäntö on saatu kuvattua, sitä on arvioitava. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa

- ☐ Onko eri tahojen odotukset ja tarpeet otettu huomioon nykyisessä käytännössä?
- ☐ Onko nykyinen käytäntö asetettujen tavoitteiden tai suositusten mukainen?
- ☐ Ovatko käytetyt hoitomenetelmät tai palvelujen sisältö perusteltuja tieteen ja tutkimuksen näkökulmasta?
- ☐ Millaisia tuloksia ja vaikutuksia on saatu aikaan eri mittareilla mitattuna?
- ☐ Miten eri ammattiryhmien osaaminen on hyödynnetty nykyisessä käytännössä?
- ☐ Miten asiakas tai potilas kokee nykykäytännön mukaisen hoidon tai palvelun?
- ☐ Mitkä kohdat nykyisessä käytännössä ovat osoittautuneet henkilökunnan ja potilaiden tai asiakkaiden mielestä puutteellisiksi tai heikoiksi?
- ☐ Saavatko potilaat tai asiakkaat samantasoista hoitoa ja palvelua riippumatta henkilöstä, paikasta, vuorokauden ajasta ym? Ovatko mahdolliset vaihtelut suuria?
- ☐ Millaisista asioista on tullut kielteistä palautetta?

Nykykäytäntöä arvioivat kaikki ne, jotka ovat mukana niin suunnittelussa, toteutuksessa kuin jokapäiväisessä arvioinnissakin. Kun pohditaan mahdollisten laatupuutteiden tai ongelmien syitä, voidaan käyttää apuna syy-seurauskaaviota eli kalanruotokaaviota (**laatutyökalut*).

4 b. Nykykäytännön vertaaminen ihannemalliin

Nykykäytäntöä voidaan verrata ihannemalliin, jolloin kohta kohdalta tarkistetaan, mitkä ovat puuttuvat 'palaset'. Nykyistä käytäntöä voidaan verrata myös

esimerkiksi hoitosuositukseseen tai muuhun tavoitteeksi asetettuun valtakunnalliseen toimintamalliin. Samalla tavalla voidaan arvioida, mitä meidän työikätyöntöstämme puuttuu suhteessa tavoiteltavaan työikätyöntöön.



5. Hoito- ja palvelukäytännön parantaminen

Hoito- ja palvelukäytännön parantamista on Vaaranen (1999) verrannut potilaan hoitoprosessiin. Siitä löytyvät samat asiakokonaisuudet: taudinmääritys, parantaminen ja hoitotuloksen pysyvyyden varmistaminen. Taudinmääritys edellyttää nykykäytännön riittävän tarkkaa kuvaamista. Parantamisvaiheessa on harkittava erilaisia vaihtoehtoja ja tehtävä suunnitelmat mahdollisten muutosten tai parantamistoimien toteuttamiseksi. Parannuksia tehtäessä on hyvänä työvälineenä TOKYO-STEP parantamismalli (Vaaranen 1999):

TOKYO-STEP toimintamalli on saanut nimensä mallin osien alkukirjaimista:

- Tunnista parannettava työprosessi
- Organisoi työryhmä
- Kirkasta nykyistä käsitystä työprosessista
- Ymmärrä työprosessi
- Opettele työprosessin parannustoimet
- Suunnittele parannus
- Tee parannus
- Etsi lisätietoja ja tarkista tulokset
- Pidä kiinni saavutuksista

TOKYO-STEP -malli sisältää saman ajatuksen, kuin aikaisemmin tässä kirjassa esitetty PDCA -syklin mukainen systemaattisen laatutyöskentelyn malli (kuvio 7, ks. Polku 4).



6. Parannetun hoito- tai palvelukäytännön vakiinnuttaminen

Parannukset ja muutokset eivät synny hetkessä eivätkä itsestään. Kirjan ensimmäisessä osassa kiinnitettiin huomiota siihen, että aito muutos on vaativa prosessi ja vaatii huolellista suunnittelua sekä määrätietoista johtamista. Kyse on sekä organisaatiossa tapahtuvasta muutoksesta että henkilöissä tapahtuvasta muutoksesta. On muun muassa todettu, että organisaatio kehittyy vasta kun jokainen meistä muuttuu ja ammattitaitomme kehittyy. Ammattitaidolla tarkoitetaan tässä älyllisiä, teknisiä, eettisiä, vuorovaikutus- sekä tunnetaitoja. Kun hoito- ja palvelukäytäntöjen parantamisprosesseja tuetaan esimerkiksi koulutuksen

avulla, on nämä kaikki ulottuvuudet otettava huomioon onnistuneen lopputuloksen saavuttamiseksi.

Parannetun hoito- ja palvelukäytännön vakiinnuttamisen edellytys on, että toteutettavasta käytännöstä on yhdessä sovittu ja sovittu käytäntö on kirjallises-
sa muodossa. Vakiintuminen edellyttää myös, että henkilökunta pystyy sitoutu-
maan uuteen käytäntöön. Muutoksia ja parannuksia ei kannata viedä läpi liian
usein ja jatkuvasti. On oltava aikaa myös pysähtyä katsomaan ja arvioimaan
uutta käytäntöä yhdessä kaikkien asianomaisten kanssa.

Entäs sitten

Jos organisaatiossa on aloitettu yhden asiakasryhmän hoito- tai palvelukäytän-
nön kehittäminen voidaan ottaa työn alle muutkin keskeiset hoito- tai palvelu-
käytännöt. Vähitellen saadaan kuvattua, arvioitua ja parannettua organisaation
kannalta kaikki tärkeät prosessit. Näin voidaan luoda yhteiset pelisäännöt ja
sovitut käytännöt koko toimintaan.

Laatujärjestelmän rakentaminen voi lähteä liikkeelle hoito- ja palveluproses-
sien saamisesta hallintaan. Seuraavaan luetteloon on koottu vaihteita, joita sisäl-
tyy laatujärjestelmän rakentamiseen hoito- ja palveluprosessien ympärille (Liuk-
ko, 1999). Vaiheet etenevät tässä mallissa siten, että yksittäisen prosessin ku-
vaamisen, ohjeistamisen ja mittaamisen kautta otetaan tarkasteltavaksi muitakin
prosesseja ja näin edetään kohti kokonaisuuden hallintaa.

- ☐ Prosessin tai prosessien kuvaaminen: asiakkaan saaman palvelun tai palvelu-
jakson vaiheet, potilaan hoidon vaiheet.
- ☐ Prosessin ohjeistaminen: ohjeet standardisäältoisille työvaiheille, hyvän
hoidon/näyttöön perustuvan hoidon ohjeviittaukset.
- ☐ Tutkimukseen ja hoitoon käytettävät laitteet: luettelo, tarkkuusvaatimukset,
ylläpito ja huoltovastuu.
- ☐ Ohjeistuksen saaminen hallintaan: asiakirjavalvonta, vastuu ylläpidosta ja
sisällöstä.
- ☐ Prosessien tunnistaminen ja ryhmittely: kokonaisuuden hahmottaminen.
- ☐ Prosessin mahdollinen tuotteistus ja tuotteen sisällön määrittely esimerkiksi
luokitusten ja nimikkeistöjen avulla.
- ☐ Laatuksiteerien määrittäminen prosesseille: tekijöiltä edellytettävä pätevyys,
saatavuus, kuolleisuus ym.
- ☐ Mittareiden etsintä: elämänlaatu- ja toimintakykymittarit, indikaattorit,
asiantuntijoiden arviot jne.
- ☐ Mittaamisen tarkkuuden varmistaminen.
- ☐ Mittausjärjestelmän luominen: laatuksiteerian toteutuminen, prosessit....
- ☐ Kehityssuuntien kuvantaminen – tilastolliset menetelmät.
- ☐ Vaihtelun hallinta: tulosteiden käsittely, vastuut ja dokumentointi, laatu-
tiedostot.
- ☐ Raportointijärjestelmän luominen: laatuksiteerian käsittely, kokoukset,
sisäiset auditoinnit, laatujärjestelmän toimivuuden tarkastukset (johdon
katselmus),

-
- ☐ Johdon vastuu: periaatteet prosessien vastuista, vastuiden kuvaaminen (organisaatiokaavio ym.)
 - ☐ Asiakastyytyväisyys: sujuvuus, hyöty.
 - ☐ Henkilöstö voimavarana: henkilöstön hyvinvoinnista ja työtyytyväisyydestä huolehtiminen, koulutustarpeet (prosessien tulokset).

Omien hoito- tai palvelukäytäntöjen kehittäminen saattaa innostaa tutustumaan muihin vastaaviin käytäntöihin muissa organisaatioissa. Käynnit voidaan toteuttaa myös ammattiryhmäkohtaisiin vertaisarviointikäynteinä, jolloin voi perehtyä juuri oman alueen erityiskysymyksiin. Oman organisaation sisällä voidaan käynnistää sisäiset arvioinnit (auditoinnit), jolloin voidaan systemaattisemmin arvioida hoito- tai palvelukäytäntöjen tuloksellisuutta ja sujuvuutta.

Omien käytäntöjen vertaaminen parhaisiin mahdollisiin käytäntöihin (**vertailukehittäminen*) voi antaa ideoita jatkuvaan kehittämistoimintaan. Joskus voi etsiä esikuvia hyvistä ratkaisuista myös aivan toisentyypisistä organisaatioista ja pyrkiä irtaantumaan omista toimintarutiineista.

Vielä mietittäväksi

Hoito- ja palvelukäytäntöjen kehittäminen voidaan joskus nähdä vain tieteelliseen tietoon perustuvana kehittämisprosessina. Kyseessä on kuitenkin **tieteen ja laadunhallinnan kädenlyönti**. Tieteellisen tutkimuksen tehtävä on selvittää, millaisilla menetelmillä tai työtavoilla on näyttöä vaikuttavuudesta. Laadunhallinnan avulla taas varmistetaan, että luotettavaa ja tuoretta tietoa myös sovelletaan hoito- tai palvelukäytännöissä.

Useimmat hoito- tai palvelukäytännöt eivät onnistu ilman **monialaista yhteistyötä**. Kun luodaan yhteisiä pelisääntöjä ja asetetaan yhteisiä tavoitteita voi syntyä tilanteita, joissa eri ammattiryhmien näkemykset poikkeavat toisistaan. Voidaan joutua pohtimaan, miten eri ammattiryhmien mahdolliset näkemys- ja mielipide-erot vaikuttavat kokonaisuuden hallintaan. Joskus on mahdollista, että pintapuolisesti hyväksytään yhteisesti sovitut toimintalinjat, mutta omassa työssä toimitaan kuitenkin ‘vanhan kaavan’ mukaan.

Tiedon määrän kasvu jatkuu yhä kiihtyvällä vauhdilla. Käytännön arkityössä on lähes mahdotonta seurata edes oman alansa kehitystä ja tuoreinta tutkimusta. Entä miten esimerkiksi suhtautua joskus ristiriitaisiin tuloksiin eri menetelmien vaikuttavuudesta? Henkilökunnalla tulisi olla mahdollisuus etsiä tietoa, perehtyä kirjallisuuteen, opetella uutta ja harjaantua esimerkiksi uusien menetelmien käyttöön muulloinkin kuin omalla ajalla. Tieto lisää tuskaa, sanotaan – mutta tuska voikin lisätä sitä ymmärrystä, jota hoito- tai palvelukäytäntöjen parantamisessa tarvitaan.

Lähteitä

Aittasalo M. Fysioterapian vaikuttavuudesta tärkeimmissä kansantaudeissa - käsitteitä, problematiikkaa ja tutkimustuloksia. Suomen Fysioterapeuttiliitto. Helsinki 1999.

Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. (Toim. T. Holma). LASSO-projekti. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1999.

Dementoituneiden hyvän hoitotyön kriteerit. Alkula, Pöntinen, Ylöstalo ym. Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja. Helsinki 1996.

Grönroos C. Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. VKK, Suomen Kaupunkiliitto, Suomen Kunnallisliitto. Helsinki 1987.

Hyvä kuntoutuskäytäntö. Invalidiliiton sitoumus erityisesti vaikeasti vammaisten asiakkaiden kuntoutuspalvelujen laadun jatkuvaksi parantamiseksi. Invalidiliiton julkaisu. Helsinki 1998.

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos. Helsinki 1997.

Kupiainen O. Missä mennään – hoitokäytäntöjen kehittäminen terveydenhuollon toimintayksiköissä syksyllä 1996. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:17.

Kvist H, Arhoma S, Järvelin K, Räikkönen J. Asiakasprosessit. Miten parannat tulosta prosesseja kehittämällä? SEDECON Oy. Jyväskylä 1995.

Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa. Toimintamalleja ja työvälineitä tueksi laatutyöhön. LASSO-projekti. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1999.

Liukko M. Tilastollisten menetelmien soveltaminen hoitoprosessien ja muiden terveydenhuollon toimintojen arviointiin. Julkaisussa Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliitto 1999.

Pelkonen M, Perälä M-L. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Hygieia -sarja. Tampere 1992.

Sipilä J. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen. Ekonomia. WSOY. Porvoo 1996.

Suositus hoitoketjujen toteuttamiseksi. Uudenmaan sairaanhoitopiirin laadunkehittämistyöryhmä. (1998).

Tuotteistus tutuksi. Idea ja työvälineet. Esimerkkinä kuntoutuspalvelut perusterveydenhuollossa. (Toim. Tupu Holma). Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1998.

Vaaranen V. TOKYO-STEP ja työprosessien kehittäminen. Julkaisussa Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliitto 1999.

Polku 6

Mittaamalla luulosta tietoon

Laadunhallinta edellyttää palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla toiminnan seuraamista ja arviointia, jotta tiedetään, onko 'homma hanskassa'. Arvioinnin apuvälineitä ovat mittarit, jotka konkreettisesti, usein jonkin luvun tai muun mittaustuloksen muodossa, osoittavat laadun määrän. Laadunarvioinnissa verrataan laadunmittauksessa saatuja tuloksia esimerkiksi asetettuihin laatuvaatimuksiin. Mittaripolulle voidaan lähteä omasta tarpeesta saada palautetta tehdyn työn tuloksista tai ulkoisista vaatimuksista osoittaa mitaamalla täsmällisemmin toiminnan tai palvelun laatu. Esimerkkejä laatumittareista ovat muun muassa asiakaspalautelomakkeen kysymykset, jonotusaika hoitoon pääsyyn tai hoitokomplikaatioiden määrä. Mittaripolulle lähettäessä on tärkeää tunnistaa, mihin mitaamista omassa työyhteisössä tarvitaan. Muita vaiheita mittaripolulla ovat työyhteisössä käytettävien mittareiden kartoitus, uusien käyttöönotettavien mittareiden etsintä valmiiden mittareiden joukosta tai uusien omien mittareiden kehittäminen, mittausmenettelyn vakiinnuttaminen, mitaamistulosten analysointi ja hyödyntäminen sekä mitaamisen laadun jatkuva arviointi. Mittareiden ja mitaamisen luotettavuuden lisääminen vaatii jatkuvaa kehittämistyötä. Mitataminen ei kuitenkaan ole koskaan itse tarkoitus vaan apuväline jatkuvan laadunparantamisen tiellä.



Mistä on kyse

Tällä polulla käsitellään laadun mittaamista. Mittarit ovat laadun arvioinnin ja päätöksenteon apuvälineitä. Mittaamalla kerätään tietoa toiminnasta ja mittaus-tulosten perusteella tehdään sitten päätös, pitääkö toimintaa muuttaa tai kehittää. Jo yksinkertainenkin mittari, systemaattinen tapa kerätä tietoa jostain asiasta, auttaa muuntamaan erilaiset mielipiteet ja käsitykset, 'mututiedon', tosiasioiksi ja näin päästään luulosta tietoon.

Mittaaminen ja varsinkin laadun mittaaminen koetaan usein hankalaksi ja vaikeaksi. Mittareita, joko itse tehtyjä tai valmiita, löytyy kuitenkin jokaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköstä. Tämän polun kuvauksen yhteyteen on liitetty muita polkuja laajemmin myös mittaamisen yleisiä periaatteita ja esi-merkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon laadun mittaamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmien kehittyminen ensin tavoite- ja tulosjohtamiseen ja edelleen laatujohtamiseen on tuonut esille laadun mit-taamisen välttämättömyyden. Mikä tahansa sosiaali- tai terveydenhuollon yksik-kö, pienikin, tarvitsee menestyäkseen palautetta siitä, miten se on onnistunut saavuttamaan asettamansa laadulliset tavoitteet, mikä on toiminnan laatu juuri nyt ja ovatko menestymisen edellytykset, kehitty mis- ja kilpailukyky kunnossa myös pitkällä aikavälillä. Asiakkaiden tyytyväisyys, henkilöstön tyytyväisyys, rahoittajien tyytyväisyys, yhteiskunnan tyytyväisyys jne. ovat minkä tahansa organisaation kohdalla merkkejä hyvin suunnitellusta ja sujuvasta toiminnasta, osaavasta henkilökunnasta, toimivista työprosesseista ja yhteistyösuhteista.

Resurssien niukkuus luo osaltaan tarpeen mitata toimintaa. On osoitettava, mitä käytössä olevilla resursseilla saadaan aikaan ja mitä ei pystytä tekemään. Paikallisesti tätä tietoa tarvitaan, kun palveluja prisorisoidaan eli asetetaan tär-keysjärjestykseen. Alueellisesti ja valtakunnallisesti ollaan kiinnostuneita esi-merkiksi siitä, miten palvelujen ja hoidon saatavuus sekä laatu vaihtelevat asuinpaikan mukaan ja miten tasa-arvoisia näiden asioiden suhteen ollaan. Tie-toa toiminnan laadusta voivat vaatia myös palveluja käyttävät asiakkaat, palve-lun rahoittajat tai ostajat esimerkiksi ostopalvelusopimusten yhteydessä.

Laatua ei voida varmistaa, ellei tiedetä, millainen työn ja toiminnan laatu on nyt ja millaista laatutasoa tavoitellaan. Jatkuva tiedonkeruu on hyvä laadunhal-linnan työkalu, mutta pelkkä tilastointi ei riitä. Kerättyjä tietoja on verrattava sekä asetettuihin tavoitteisiin että muiden keräämiin tietoihin. Näin voidaan ar-vioida sekä etenemistä omien laatutavoitteiden suhteen että omaa laatutasoa suhteessa muihin. Tulosten arvioinnin perusteella tarkistetaan ensin tavoitteita: hyvä tulos voi kertoa liian matalalle asetetuista laatuvaatimuksista, huono tulos puolestaan liian kovista tavoitteista. Mikäli tavoitteet ovat kohdallaan, muute-taan tai korjataan toimintaa tarpeen mukaan. Huolehditaan myös siitä, että laatu-taso säilyy jatkossakin. Toiminnan uudelleen mittaaminen osoittaa, miten muu-toksessa tai tason ylläpitämisessä onnistutaan. Mitä et mittaa, sitä et voi kehit-tää!

Laadunhallinta edellyttää toiminnan seuraamista ja arviointia palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla, jotta tiedetään onko ”homma hanskassa”. Tarkasteltavana voi olla työntekijän oman ammatillisen työn onnistuminen, potilaan hoito tai asiakkaan palvelu. Johto tarkastelee koko palveluja tuottavaa organisaatiota, esimerkiksi sairaalaa, vanhainkotiä tai tiettyä toimintayksikköä ja sen laatua. Viranomaisten ja poliittisten päätöksentekijöiden näkökulmana on puolestaan koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä.

Tällä polulla tarkastellaan mittareita ja mittaamista käytännönläheisesti yhden työyhteisön ja sen työntekijöiden kannalta unohtamatta palveluja käyttävän asiakkaan tai potilaan näkökulmaa. On myös muistettava, että käytännön toiminnan seuranta ja arviointi eivät ole tieteellistä vaikuttavuustutkimusta, vaan toiminnan systemaattista arviointia ja kehittämistä. Organisaation tai yksikön tuleekin itse päättää mitä mitataan, mitä tietoa käytetään ja kerätään; mistä tiedetään missä mennään, missä on onnistuttu ja missä on parantamisen varaa sekä miten kehittämistyössä onnistutaan.

Mittaamisen käsitteitä

Laadunmittaus tai laadun mittaaminen on toimenpide, jossa selvitetään miten toiminnalle määritellyt laatutavoitteet tai -ominaisuudet (laatukriteerit) ja käytännön toiminta vastaavat toisiaan. Tulos ilmaistaan sovittuna mittayksikkönä tai symbolina sen mukaan, onko kyseessä määrällinen (kvantitatiivinen) tai laadullinen (kvalitatiivinen) mittaaminen.

Laadun arvioinnin (laadunmäärittäminen) seurauksena tehdään johtopäätös, onko laatu hyvää vai huonoa sekä arvioidaan laatuvaatimusten syitä. Tämä tapahtuu vertaamalla laadunmittauksessa saatuja tuloksia laatuvaatimuksiin (standardeihin), jotka kertovat sallitun ylä- tai alarajan tai hyväksytyn vaihteluvälin. Vertailun perusteella Arviointi on näin prosessi, joka tuottaa tietoa organisaation ”tilasta” ja auttaa suuntaamaan korjaavia toimenpiteitä.

Mittaaminen on prosessi, sarja tapahtumia, jossa arvioidaan lukuisia kohteita saman säännön avulla. Sääntö antaa ohjeen, miten kohteelle annetaan mittayksikkö tai laadullisessa tutkimuksessa symboli, joka voi olla numero, kirjain, sana.

Mittari on (yleisesti) seurantatapa, selvitys; myös menettely tai väline, jolla kerätään tietoa.

Laadunmittaus tai laadun mittaaminen on toimenpide, jossa selvitetään laatu-kriteerien arvot mittayksikköinä. Laadunmittaus voi olla kvantitatiivista tai kvalitatiivista.

Laatukriteeri on laadun määrittämiseen valittu ominaisuus. Laatukriteeriksi valitaan mitattavissa oleva ominaisuus.

Laatuindikaattoriksi nimitetään sellaista laatukriteeriä, jonka arvon kehittymistä ja muuttumista seurataan ja joka toimii viitteenä hyödykkeen laadun vaihtelusta. Laatuvaatimus (käytetään myös nimitystä standardi) on laatukriteerille asetettu ehto, joka erottaa ”hyvän” ”huonosta” tai ”tydyttävän” ”epätydyttävästä”.

Laatuvaatimus voi olla pienin tai suurin sallittu arvo tai sallittu vaihteluväli. Laatuvaatimus(taso) voi olla objektiivisesti tai subjektiivisesti asetettu. Se voi perustua yhteiseen sopimukseen tai olla organisaation sisäiseksi tavoitteeksi asetettu.

Laadun arviointi, laadunmäärittäminen on toimintaa, jossa verrataan *laadunmittauksessa* saatuja tuloksia asetettuihin *laatuvaatimuksiin* ja tämän perusteella tehdään johtopäätöksiä.

Ehkäisevän toimenpiteen tarkoituksena on poistaa *mahdollisen* laatupoikkeavuuden, virheen tai muun epäsuotavan tilanteen syyt, jotta tällainen tilanne ei toistuisi.

Korjaavan toimenpiteen tarkoituksena on poistaa *todetun* poikkeavuuden, virheen tai muun epäsuotavan tilanteen syyt, jotta tällainen tilanne ei toistuisi.

Mittaamisen on oltava mahdollisimman luotettavaa, jotta mittaustuloksiin voidaan luottaa ja tehdä oikeita johtopäätöksiä. Ensimmäinen luotettavuuden ehto on mittaamisen validiteetti eli mahdollisimman tarkka käsitys siitä, mitä aiotaan mitata ja arvioida. Toinen mittauksen ehto on reliabiliteetti eli mittaamisen virheettömyys, joka tarkoittaa mittavälineen ja mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia.

Mittauskeskustelussa puhutaan myös laatuindikaattoreista. Ne eivät ole suoria laatumittareita, vaan niiden tarkoituksena on – tietyn kynnyksarvon ylittyessä tai alittuessa – osoittaa alueita, joita tulisi arvioida tarkemmin ja joille laadunparantamispäätökset suunnataan. Havainnollinen vertaus indikaattorille löytyy metsästyksestä: lintukoira osoittaa haukullaan alueen, jolla metsästettäviä lintuja on. Esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon laatuindikaattoreista ovat sairaalalainfektoiden määrä, ajanvarausjonon pituus, odotusaika vastaanotolle, henkilöstön sairauspoissaolojen tai valitusten määrä.

Mittaamisen lähtökohtia

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan laadun mittaamisessa on huomioitava aina eettiset näkökohdat. Eettisten ratkaisujen merkitys on keskeistä silloin, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa. Eettiset kysymykset liittyvät sekä mittaamisen kohteena oleviin ihmisiin että mittajiin itseensä. Mittareita ei saa rakentaa niin, että ne loukkaavat ihmisoikeuksia. Mittaaminen ei saa asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan esimerkiksi kohtelun tai palvelujen saamisen suhteen. Luottamuksellisuuden varmistaminen ja tutkittavien suostumuksen saaminen on suunniteltava huolella. Tietoisien, kirjallisten suostumuksen pyytämiseen liittyy oleellisesti tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta kertominen ja muu tiedottaminen.

Laadunhallinnassa käytetään yleisesti kolmijakoa rakenne – prosessi – lopputulos. Se on myös tapa jäsenellä mittaamista. Rakenneanalyysissä tarkastellaan toimintaolosuhteita, esimerkiksi tiloja, laitteita, taloudellisia voimavaroja, henkilöstörakennetta ja henkilöstön osaamistasoa tai sitä, millaisia ovat palveluja käyttävät asiakkaat tai hoidossa olevat potilaat. Rakennetekijät ovat edellytyksiä prosessille.

Prosessia kuvaavia tekijöitä, joita voidaan mitata, ovat esimerkiksi jonot, työn tekninen sujuminen, virheettömyys, palveluun tai hoitoon pääsy, palvelun kesto, jatkohoito ja prosessin dokumentointi. Prosessin laatu vaikuttaa puolestaan siihen, millaiseksi lopputulos muodostuu. Mitattavia lopputuloksia ovat esimerkiksi muutos terveydessä, elämänlaadun paraneminen, toimintakyvyn lisääntyminen, tavoitteiden saavuttaminen tai potilaan tai asiakkaan tyytyväisyys. Rakenteen arviointi on kaikkein helpointa, mutta sen merkitys tavoitteena olevalle tulokselle on loppujen lopuksi vähäistä. Prosessitekijöiden arviointi on perusteltua, koska tuloksen muuttamiseksi on muutettava prosessia. Oleellista, mutta myös vaikeinta on tuloksen mittaaminen ja arviointi. Vaikka rakennetekijät olisivat kunnossa ja prosessi sujuisi sovitusti, ei tuloksetonta toimintaa kannata jatkaa.

Esimerkkejä prosessin tuloksellisuuden seurantaan käytettävistä tilastoista ja mittauksista:

- ☐ käyntien, toimenpiteiden ym. hoitotapahtumien määrä aikayksikössä
 - ☐ tuloksellisuuden arviointiin käytettävät tilastot (terveys-, hoitoisuus- ja toimintakykyindikaattorit)
 - ☐ prosesseissa esiintyvät ei-toivotut vaikutukset (infektiot, kuolleisuus, kipu jne.)
 - ☐ prosessin ajankäyttö (käynnit aikayksikössä, toimenpideaika, lääkitysten ym. hoitojen vaikutusajat)
 - ☐ prosessin kustannukset (kokonais- ja eritellyt kustannukset).
- (Liukko M. 1999.)

Tuloksia mitattaessa on tärkeää tehdä ero (loppu)tulosten ja tuotosten välillä. Tuloksella tarkoitetaan haluttua vaikutusta, kun taas tuotoksia ovat mitkä tahansa toiminnan aikaansaannokset. Tyypillisiä tuotoksia ovat erilaiset suoritteet eli käyntikerrat, hoitopäivät tai hoidetut potilaat. Käyntikertoja ja niiden kestoa on helppo laskea, mutta ne eivät kerro tuloksellisuudesta mitään. Tuloksissa voidaan erottaa nopeat toiminnasta välittömästi aiheutuvat vaikutukset, jotka saattavat olla varsin lyhytkestoisia ja hitaammin ilmenevät, pitkäkestoiset ('impact') vaikutukset. Esimerkiksi katkaisuhoidon lyhytaikaiset tulokset ovat useimmiten hyviä, sillä akuutti juomakierre saadaan hoidon ansiosta päättymään. Katkaisuhoidon voidaan kuitenkin pitää tuloksettomana, jos impact-tyyppisiä tuloksia, pitkäaikaista raittiutta tai pysyvää elämäntilanteen korjaantumista, ei saavuteta. Tulostittarien tulisi kuvata eri yksiköiden työnsä asettamia tavoitteita, jotka voivat erota toisistaan huomattavasti.

Miksi ja milloin

Tälle polulle voidaan lähteä monesta eri syystä. Liikkeellelähtö voi tapahtua työyhteisön tarpeesta saada palautetta omasta työstä tai ulkoisista vaatimuksista osoittaa mittaamalla toiminnan, tuotteen tai palvelun laatu. Mittaaminen on myös olennainen osa toiminnan kehittämistä ja jatkuvaa laadunparantamista.

Mittaamalla tunnistetaan kehittämiskohteita, suunnatetaan kehittämistyötä sekä arvioidaan kehittämistyön tuloksia ja vaikutuksia.

Tarve saada tietää täsmällisesti, kuinka omassa työssä on onnistuttu ja mitä on saatu aikaan, on tavallisin syy mittaripolulle lähtöön. Palaute siitä, miten oman työn tavoitteet on saavutettu, kuinka asiakasta on pystytty auttamaan tai potilasta hoitamaan, motivoi työntekoa sekä kannustaa kehittämään ja kehittymään. Palautetta kerätään mittaamalla esimerkiksi potilaan toimintakyvyn muutosta tai asiakkaan elämäntilanteen paranemista ja asiakastyytyväisyyttä. Nykyaikaiset tietojärjestelmät tarjoavat erinomaisen mahdollisuuden systemaattiseen oman työn seurantaan ja kehittämistä vaativien kohteiden löytämiseen.

Myös organisaation ulkopuolelta voi tulla paineita mittaamiseen. Asiakkaat tai heidän edustajansa tai palvelujen tilaajat ja maksajat vaativat näyttöä laatuastasta. Tällöin ulkopuolinen taho usein määrittelee itse ne kriteerit, joilla laatua mitataan ja päättää hyväksyttävästä tasosta. Esimerkkinä tästä ovat kuntien ja yksityisten palveluntuottajien väliset ostopalvelusopimukset, Valtiokonttorin vaatimukset kuntoutuslaitoksille selvittää veteraanikuntoutuksen laatua ja Kelan vaikeavammaisten kuntoutukseen kohdistamat, myös kilpailuttamisen pohjana toimivat kriteerit.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuu jatkuvasti ja nopeasti paljon muutoksia, joihin reagointi edellyttää mittaamista. Työyhteisön käyttämät mittarit ja laatuindikaattorit auttavat hahmottamaan tilannetta kokonaisuutena. Niiden avulla voidaan seurata kehityksen trendejä, ennakoida tulevaisuutta sekä etsiä kehittämiskohteita. Kehittämistyö vaatii aina tuekseen mittaamista. Kun kehittämiskohde on löytynyt ja kehittämishanke toteutetaan, tarvitaan palautetietoa hankkeen onnistumisesta. Tätä varten määritellään hankkeen tavoitteet ja valitaan indikaattorit, joiden avulla tavoitteiden saavuttamista seurataan.

Työyhteisö joutuu aina itse määrittelemään arvioinnin ja mittaamisen kohteet ja soveltuvat mittarit. Vaikka laadunhallinnassa sovelletaisiin ISO laatujärjestelmästandardeja tai laukupalkintokriteeristöä, eivät nekään anna valmista 'mittari-reseptiä'. Molemmat kyllä edellyttävät systemaattisia arviointimenettelyjä ja menettelelyjen dokumentointia organisaation eri tasoilla.

Vaiheita ja valintoja

Seuraavassa kuvattavat mittaripolun vaiheet ja valinnat noudattavat tuttua ongelmanratkaisuprosessia: Ensinnä varmistetaan mittaamisen ja arvioinnin tarve ja tavoitteet ja sitten kartoitetaan olemassa oleva tilanne, jotta tiedetään millaisia mittareita ja arviointimenettelyjä jo on olemassa ja mitä puuttuu. Mittaus- ja arviointimenettelyjen korjaus- ja kehittämistyö organisoidaan sitten vaikkapa "mittariprojektiksi", jonka tehtävänä on etsiä tai kehittää sopivat mittarit ja varmistaa niiden käyttökelpoisuus sekä huolehtia käyttöönotosta ja mittaus- ja arviointimenettelyn vakiinnuttamisesta. Lopuksi tarkastellaan vielä, miten mittaus- ja arviointitietoa hyödynnetään ja kuinka huolehditaan mittaus- ja arviointimenettelyjen jatkuvasta kehittämisestä.

1. Mihin meillä mittaamista tarvitaan?

Ennen mittaripolulle lähtöä on varmistuttava, että työyhteisössä on olemassa yhtenäinen käsitys ja riittävästi tietoa siitä, mitä mittaamisella yleensä tarkoitetaan. Tämä voi tapahtua keskustellen tai koulutuksen avulla. Sitten täsmennetään, mihin meillä mittaamista tarvitaan – vai tarvitaanko sitä? Mittaamiseen ja mittareihin sitoudutaan paremmin, kun niistä sovitaan yhdessä ja kaikki ymmärtävät samalla tavalla mitä mitataan ja miksi.

Hyviä apukysymyksiä mittaamistarpeen täsmentämiseen ovat puolestaan esimerkiksi:

- ☐ Mihin arviointikysymykseen halutaan vastaus?
- ☐ Mitä arvioidaan ja mikä on mittaamisen tavoite?
- ☐ Halutaanko yleiskuva kaikkien asiakkaiden vai yhden asiakkaan palvelusta?
- ☐ Halutaanko kokonaiskuva hoidosta tai palvelusta vai vain tietyistä toiminnan osasta?
- ☐ Onko kyse kokeiluluonteisen toiminnan arvioinnista vai jatkuvaan laadunhallintaan liittyvästä mittaamisesta?
- ☐ Käytetäänkö mittaustuloksia johtamisen apuvälineinä vai oman työn kehittämisessä?
- ☐ Tarvitaanko mittaustuloksia organisaation omaan kehittämiseen vai palvelevatko ne markkinointia ja muuta ulkoista tiedottamista?

Päätös siitä, miten mittaamista meillä kehitetään ja miten mittarien rakentamista jatketaan, tehdään, kun mittaamisen tavoite on täsmentynyt. Mittaaminen on hyvä aloittaa oman työyksikön toiminnasta ja omasta tutusta työstä. Ensimmäiseksi mittaamiskohteeksi ei kannata valita tuloksen mittaamista, vaikka se onkin tärkeää. Rakenne- ja prosessimittarien kehittäminen on helpompi polku. – On inhimillistä mitata sitä, mistä tietoa saadaan helposti, vaikkei se aivan tarkasti kuvaisikaan mitattavaksi suunniteltua toimintaa.

Projekti (ks. Polku 4) on käyttökelpoinen tapa kehittää myös mittaamista ja mittareita. Asetetaan mittariprojekti, johon valitaan sekä henkilöitä, jotka hallitsevat mittarien rakentamisen että henkilöitä, jotka tarvitsevat mittausten tuottamaa tietoa ja hyödyntävät sitä. Tietotekniikan asiantuntija kannattaa ottaa mukaan jo tässä vaiheessa, koska nykyaikaiset tietojärjestelmät tarjoavat lähes rajattomat mahdollisuudet kerätä, analysoida ja hyödyntää tietoa. Sitä paitsi mittareita kehitettäessä syntyy usein 'sivutuotteena' ideoita myös tietojärjestelmän kehittämiseksi.



2. Mittauskäytäntöjen kartoitus

Jokaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköstä ja organisaatiosta löytyy erilaisia mittareita. On ehkä kehitelty omia tapoja seurata toimintaa ja kerätä tietoja tai käytetään muiden kehittelemiä, valmiita mittareita. Aina ei vain tulla ajatelleeksi, että tämäkin asiakkaan haastattelulomake tai verenpaineen seurantakortti on mittari tai että tämäkin tilastointimenettely toimii myös laadun mittarina. Näin ei ajatella varsinkaan silloin, jos mittaustuloksia ei hyödynnetä systemaattisesti toiminnan laadun arvioinnissa ja kehittämistyössä.

Ennen mittaripolulla pidemmälle kulkemista onkin hyvä kartoittaa, mitä jo mittaamme, millaisia mittareita käytämme ja miten niiden antamaa tietoa hyödynnämme. Kartoitusta helpottaa se, että kerrataan vielä uudelleen, mitä laadun mittaamisella tarkoitetaan ja mikä se mittari oikein onkaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon käytännössä tuntuu olevan näistä asioista jonkin verran tiedon puutetta. Tiedon puutteesta seuraavat myös liian kovat laatuvaatimukset mittareille: ei arvosteta omia mittareita ja niiden käyttöä vähätellään. Odotetaan, että joku jossain yliopistossa tai tutkimuslaitoksessa kehittelee meille soveltuvan mittarin. Kun mittaria ei sitten ilmesty, jätetään mittaaminen ja arviointi, ainakin systemaattisesti, suorittamatta.

Esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen käytössä olevista mittareista:

Tavoitteiden toteutumista voidaan arvioida mm. hankkimalla palautetta asiakailta (ks. Polku 1), mittaamalla hoidon kliinistä laatua, toiminnan tehokkuutta jne. Itsearviointi (ks. Polku 2) ja esimies-alaiskeskustelut ovat myös toiminnan laadun mittareita. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kerätään myös jatkuvasti erilaisia toimintatilastoja, asiakas- ja potilastietoja sekä muuta tietoa. Näitäkin tietoja voidaan hyödyntää toiminnan laadun arviointiin ja kehittämiseen. Rutiinitilastoista saadaan määrällistä informaatiota resurssien käytöstä. Vaikuttavuuden arviointi edellyttää elämänhallinnan paranemisen tai terveyshyödyn arviointia joko omin luokituksin tai varta vasten kehitettyjen elämänhallinta- tai terveydentilamittareiden avulla.

Hoito- ja palveluprosesseista kertyy myös koko ajan paljon tietoa. Tämä tieto perustuu pitkälti työntekijöiden omaan asiantuntijuuteen, jonka pohjalta määritellään myös oikeat työmenetelmät ja seurannassa käytettävät laatumittarit. Terveydenhuollon asiantuntijat arvioivat esimerkiksi potilaan terveydentilaa osana normaalia hoitoa. Näitä arvioita voidaan hyödyntää laadunhallinnassa mikäli arvioinnit tehdään esimerkiksi numeerisesti luokitellen. Tieto, joka ei ole edes jossain määrin strukturoitua, mahdollistaa kuitenkin vain 'mutu'-pohjaisten yleisvaikutelmien luomisen.



3. Mittarin etsintä tai kehittäminen

Mittareita siis todennäköisesti löytyy, mutta löytyykö mittaria juuri siihen tarkoitukseen, mihin tällä kertaa mittausta tarvitsemme? Ellei sopivaa mittaria löydy itseltä tai mittari on kovin puutteellinen, on mittarin saamiseksi käytettävissä kaksi strategiaa:

- a) etsiä jokin yleinen, valmis, omaan käyttötarkoitukseen soveltuva mittari tai
- b) kehittää mittari itse.

a) Valmiiden mittareiden etsintä

Valmiiden mittareiden etuna on niiden avulla saatavan tiedon vertailtavuus ja yleistettävyyys, mutta ongelmana on mittarien saavutettavuus. Mittareita voi löytää esimerkiksi lukemalla teemakohtaisista koontiteoksista ja katsauksista sekä tutkimusraporteista. Suomessa sosiaali- ja terveysalan mittarikoonteja ja -katsauksia on toistaiseksi kuitenkin niukasti. Valmiin mittarin löytyminen voi olla siten 'sattuman kauppaa'. Mikäli kuitenkin onnistuu löytämään omaan käyttöön soveltuvan valmiin mittarin, on se joka tapauksessa arvioitava huolella. On esimerkiksi tarkasteltava, mikä merkitys mahdollisesti hyvinkin erilaisella hoito- ja palvelukulttuurilla on, hyväksytäänkö mittarin taustalla olevat toisen organisaation tai maan laatuvaatimukset ja arvoperusta sellaisenaan. Periaatteessa mittari on luotettava vain siinä yksikössä tai organisaatiossa, johon se on kehitelty, ellei sitä ole testattu muualla.

Valmiiden mittareiden käyttökelpoisuutta arvioidaan selvittämällä:

- 1) Mittarin tarkoitus, mitä varten mittari on laadittu. Kukin mittari on laadittu aikanaan tiettyyn tarkoitukseen. Tarkoituksen, mittarin tavoitteen ja sen teoreettisten ja arvolähtökohdan, on oltava yhtäläinen, mutta ei välttämättä täysin identtinen oman tarkoituksen kanssa.
- 2) Mittarin käyttöalue. On kiinnitettävä huomio siihen joukkoon (esimerkiksi potilas- tai asiakasryhmä), johon mittari mahdollisesti on laadittu ja yleistettävissä. Joukko voi määräytyä esimerkiksi iän, sukupuolen, sairauden tai etnisen ryhmän perusteella, jolloin mittarin käyttö toiselle ryhmälle ei ole mahdollista ilman huomattavaa modifiointia. Mittarin kehittämisen ajankohdaksi on voitu painottaa tiettyjä seikkoja, jotka eivät enää olekaan ajankohtaisia. Mittari on myös voitu laatia tiettyyn kokonaisasetelmaan, kuten sairaalaan hoitoon, neuvolatoimintaan tai sosiaalityöntekijän vastaanottoon, jolloin asetelmasta poikkeaminen ei enää takaa validiteettia.
- 3) Mittarin mittaukselliset ominaisuudet. Arvioidaan mittarin luotettavuus (validiteetti ja reliabiliteetti) sekä mittarista olevan kirjallisen aineiston että omien testauksien avulla. Lisäksi kiinnitetään huomiota mittarin laajuuteen, saatavuuteen ja kustannusvaikutuksiin.

Mikäli ei sopivaa mittaria löydy, saattavat erilaiset tilastot korvata puuttuvia valmiita mittareita. Esimerkiksi Tilastokeskus, Kansanterveyslaitos, Suomen

Syöpäyhdistys ja Suomen Kuntaliitto keräävät jatkuvasti väestön terveyteen ja hyvinvointiin sekä palvelujen käyttöön liittyviä tilastoja. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) vastaa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan virallisten ja muiden tilastojen, tiedostojen ja rekisterien ylläpidosta. Stakes kerää tietoja esimerkiksi väestön terveydestä ja hyvinvoinnista, taloudesta, sosiaali- ja terveystalouksista ja terveydenhuoltohenkilöstöstä sekä ylläpitää esimerkiksi hoitoilmoitus-, syntymä-, epämuodostuma- ja huumausainerekisteriä.

Myös omasta organisaatiosta saattaa löytyä laadun arvioinnin kannalta hyödynnettävää tietoa. Tämä tieto voi koskea organisaatiota sinänsä (esimerkiksi henkilöstön määrä, organisaatiokaavio), organisaation toimintaa (esimerkiksi hoitopäivien, suoritettujen toimenpiteiden tai asiakaskäyntien määrä, keskimääräinen hoitoaika ja kuormitusluvut) ja lopputulosta (esimerkiksi komplikaatiot, uusintatutkimukset, kuolleisuusluvut). Edelleen yksittäisten potilaiden sairauskertomuksista tai asiakaskäyntien dokumenteista on kerättävissä pitkältikin ajanjaksolta tietoa, jota voidaan hyödyntää arvioitaessa hoidon ja palvelun laatua tai sen mittaamisen tarvetta.

b) Mittarin kehittäminen

Mittarin kehittäminen etenee tyypillisesti vaiheittain. Kehittämistyö on usein aikaavieviä ja työlästä, varsinkin jos tarkoituksena on kehittää laajempaan käyttöön soveltuva mittari. Onkin päätettävä, tehdäänkö mittari vain omaan käyttöön, jolloin se voi olla yksinkertaisempi vai halutaanko mittari laajempaan käyttöön. Vain omaan käyttöön tehty mittari palvelee oman toiminnan seuraamista, mutta se ei mahdollista vertailuja muihin.

Itse ‘mittarin’ lisäksi on tarpeen kehittää myös menettelyohjeita, joilla varmistetaan mittauksen ja arvioinnin yhdenmukainen toteuttaminen ja luotettavuus. Mittariin voi kuulua tiedonkeräämiseen liittyviä ohjeita, potilaille ja asiakkaalle annettava saatekirje, lomakkeen täyttöohje tutkittavalle, lomakkeita ja muita arviointiin tarvittavia välineitä sekä koodaus- ja pisteytysohjeita ja tulosten tulkintaohjeita.

Hyvälle mittarille asetetaan useita kriteereitä: Mittarin tulee olla relevantti, tarkoituksenmukainen tutkittavan ongelman kannalta. Mittarin tulisi antaa tarkka, selkeä ja monipuolinen kuva mitattavasta kohteesta. Jos halutaan määrällistä tietoa, mittarin tulisi antaa objektiivista tietoa ja mahdollisimman pienellä vaivalla ja vähin kustannuksin mahdollisimman paljon tietoa. Lisäksi mittarin tulisi mitata asioita yhdellä ulottuvuudella ja kyetä osoittamaan pienetkin erot mittauskohteessa.

Ensimmäisenä mittarin kehittämisen vaiheena on mittauksen tarkoituksen määrittely ja täsmentäminen eli miksi mittaria tarvitaan, mihin laadun alueelle se suuntautuu ja mitä sillä on tarkoitus saavuttaa. Tarkoituksen ja tavoitteiden selkeä määrittely auttaa rajaamaan, mitä tietoa kerätään, myös mitä ei tarvitse kerätä – ‘varmuuden vuoksi’ tietoa ei kannata kerätä! – ja se helpottaa mittaus-

menettelyn valintaa sekä mittaamisen onnistuneisuuden arviointia. Tarkoitus ilmaistaan yksinkertaisella ja selkeällä ‘tarkoituseräillä’, joka kirjataan muihin.

Esimerkki mittarin hyvästä määrittelystä ja rajauksesta: *HYVÄ HOITO -mittari (laajaan käyttöön suunniteltu mittari) määriteltiin mittaamaan sairaalahoidon ja erityisesti hoitotyön laatua potilaan näkökulmasta. Tarkoituksena oli saavuttaa mittari, jota voidaan käyttää systemaattiseen toistuvaan laadunarviointiin ja sitä kautta tapahtuvaan toiminnan kehittämiseen. (Leino-Kilpi ym. 1995)*

Seuraavaksi mittauksen ja arvioinnin kohteena olevasta toiminnasta laaditaan kuvaus tai malli siitä, miten asioiden oletetaan olevan. Malli voi olla prosessin kuvaus (**laatusuoritus*), menettelyohje tai työohje, kuvaus hoidon sisällöstä, toimintajärjestelmän kuvaus, viranomaisten suositus tai vaatimus, henkilöstölle koulutettu hyvän hoidon tai palvelun malli (vrt. hyvän toimintakäytännön malli; ks. Polku 5). Mallista selviävät toiminnalle asetetut laatuvaatimukset ja vaatimustaso. Ilman toimintamallia arviointi jää vaille vertailupohjaa, ‘mittatikkua’, ja yhteistä näkemystä siitä, kuinka asioiden todellisuudessa tulee olla.

Mitä toimintamallin tai kuvauksen ominaisuuksia, muuttujia, sitten mitataan ja miten? Joissakin tapauksissa ominaisuuksien ja mittausten menetelmien tunnistaminen on yksiselitteistä. Esimerkiksi painon, pituuden, lämpötilan, ajan, liikkeen ja sydämen lyönti- tai hengitystiheyden mittaamiseen on olemassa valmiita menetelmiä. Tällaista suoraa mittaamista voidaan käyttää myös kerätessä tietoa iästä, sukupuolesta, etnisestä ryhmästä, diagnoosista, tuloista, koulutuksesta, siviilisäädystä ja muista konkreettisista ominaisuuksista. Useissa tapauksissa mitattavat ominaisuudet ovat kuitenkin abstrakteja, jolloin joudutaan käyttämään epäsuoraa mittaamista. Ei esimerkiksi ole olemassa mittaria, joka ilmaisisi suoraan yksilön kokeman stressin, toimintakyvyn, hoitoon sitoutumisen tai kivun asteen. Tällaiset abstraktit käsitteet täytyy ensin konkretisoida, operationaalistaa. Epäsuoraa mittaamista tarvitaan myös, kun tutkittavat eivät esimerkiksi kehitysvaiheensa, mielisairausten tai dementian takia pysty ilmaisemaan mielipiteitään (vrt. Polku 1).

Muuttuja on henkilön, esineen, ilmiön tms. piirre, joka voi saada erilaisia arvoja, joita voidaan mitata.

Operationaalistamisessa muodostetaan abstraktille käsitteelle mitattavia vastinpareja, joita käytetään edustamaan abstraktia käsitettä mittaamisessa. Mitattava käsite operationaalistetaan tavallisesti käsitteen määrittelyn kautta.

Ennen lopullisen mittarin muotoilua, on varmistettava, että arviointiperusta on sisällöllisesti kattava ja että kriteerit ovat konkreettisia ja selkeitä. Lisäksi on valittava tiedonkeruumenetelmä ja sovittava koekäyttöön liittyvät asiat.

Toimintamallille tai toiminnan kuvaukselle pyritään tavallisesti laatimaan kriteereitä niin paljon, että ne kattavat kokonaisuudessaan arvioitavan alueen. Kriteereitä ja niistä edelleen johdettavia arviointikysymyksiä voi olla kuitenkin

niin runsaasti, että mittarista tulisi hyvin raskas ja pitkä, jos ne kaikki otetaan mukaan. Tästä syystä kriteerit joudutaan asettamaan tärkeysjärjestykseen eli priorisoimaan. Lopulliseen mittariin valitaan vain kaikkein keskeisimmät ja olennaisimmat kriteerit. Kriteerien valinnassa ja priorisoinnissa voidaan käyttää apuna asiantuntija-arviointia, jossa sekä asiakkaat että ammattilaiset asettavat kriteerit tärkeysjärjestykseen ja suorittaa lopullinen valinta vaikka *Pareto-analyysillä tai äänestyksellä (**laatutyökalut*).

Kriteerien konkreettisuus ja selkeys takaavat virheettömän ja luotettavan mitaustuloksen. Selkeys voidaan varmistaa asiantuntijoille tehtävällä kyselyllä. Selkeyttä ja konkreettisuutta mittaavien kysymysten lisäksi voidaan selvittää kriteerin yksiulotteisuutta kysymällä 'mittaako kriteeri vain yhtä asiaa'. Tulosten perusteella kriteereitä muokataan ja asiantuntijoiden arviointi toistetaan tarvittaessa riittävän yksimielisyyden saavuttamiseksi.

Millä menetelmällä kriteerien toteutumisesta saadaan parhaiten tietoa? Jokaisen kriteerin kohdalla arvioidaan, miten kyseinen asia on mitattavissa; onko paras tiedonkeruumenetelmä kysely, haastattelu, havainnointi, mittavälineellä mittaaminen, sisällön erittely vai näiden yhdistelmä. Parhaaksi arvioitu menetelmä saattaa kuitenkin olla työläin, eniten aikaa tai rahaa vievä, jolloin joudutaan tyytymään toiseksi parhaaseen menetelmään. Lisää vaikeutta arviointiin tuo kriteeristö, jossa tietoa joudutaan keräämään usealla menetelmällä ja useilta tahoilta (esimerkiksi potilailta tai asiakkailta ja henkilökunnalta). Tällöin on laadittava useita eri mittaristoja.

Tarkistuslista, check sheet, (**laatutyökalut*) on yksinkertainen lomake, jota voidaan käyttää tiedonkeruun apuna. Tarkistuslista on erityisen hyödyllinen silloin, kun kerätään havaintoja käytännön työssä toistuvista ilmiöistä. Sen avulla arvelut ja käsitykset muutetaan faktatiedoksi.

Koekäyttö (pilotointi) on hyvä tapa esitestata mittaria ellei muutaman henkilön haastattelua tai kyselyä katsota riittäväksi ennakkoarvioinniksi. Pilotin aineisto analysoidaan loppuun asti, kuten lopullisessakin käsittelyssä. Tuloksia tarkasteltaessa huomioidaan erityisesti mittarin erottelukyky, vaikei hajonnan saaminen ja hyvin pienten erojen mittaaminen olekaan yleensä itsetarkoitus sosiaali- ja terveysalan laadun varmistuksessa (huom. poikkeuksena esimerkiksi laboratoriotutkimusten laadunvarmistus). Esitestauksesta tai koekäytöstä saadun palautteen perusteella mittaria voidaan vielä tarvittaessa korjata ennen lopullista käyttöön hyväksymistä.

Esitestauksessa tai koekäytössä arvioidaan myös mittariin mahdollisesti liittyvien käyttöohjeiden (saatekirje, lomakkeiden täyttöohje, mittavälineen käyttöohje, koodaus- tai pisteytysohje tai tulosten käsittely- tai analysointiohjeet yms.) toimivuutta ja riittävyttä.



4. Mittarin käyttöönotto ja mittausmenettelyn vakiinnuttaminen

Valittu valmis tai itse kehitetty mittari otetaan laajempaan tai jatkuvaan käyttöön vasta, kun on varmistuttu mittarin käyttökelpoisuudesta ja luotettavuudesta. Mittarin käyttöönotto saattaa vaatia tuekseen tiedottamista ja tai koulutusta, jotta kaikki mittaamiseen osallistuvat hallitsevat mittausmenettelyn. Organisaatiossa nimetään vastuuhenkilö(t) huolehtimaan mittauksen toteutumisesta ja jatkuvasta arvioinnista, sovitaan menettelyt, miten tuloksia käsitellään ja tuloksia hyödynnetään sekä kuinka niistä raportoidaan ja tiedotetaan.

Mittarin käyttöönotossa varmistettavia seikkoja:

- ☐ Mittari kuvaa toiminnan tärkeää tavoitetta
- ☐ Mittarina hyvä: toistettavuus, herkkyys, keveys
- ☐ Kirjataan luontevasti toiminnan ohessa
- ☐ Vertailtavuus muihin; yleistettävyyys, jos se on tavoitteena
- ☐ Soveltuvuus muihin käytössä oleviin mittareihin; miten täydentää mittari-valikoimaa?



5. Mittaustulosten analysointi ja hyödyntäminen

Mittari on hyödytön ellei sitä käytetä ja ellei sen antamia tietoja järjestelmällisesti hyödynnetä. Mittaustulosten asianmukainen hyödyntäminen edellyttää tilastollisten menetelmien soveltamista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita pelkästään 'hienoja' tilastotieteellisiä menetelmiä, vaan koskee myös yksinkertaisempia menettelyjä, joilla kerättyä tietoa, dataa, jalostetaan helpottamaan päätöksentekoa. Lukumäärien, prosenttien ja keskiarvojen seuraaminen antaa perustiedot laadusta ja sen kehittymisestä. Joitakin mittaustuloksia voidaan arvioida ristiintaulukoinnilla tai keskiarvojen vertailulla. Mittauskorttia ja sen kehittyneempää muotoa ohjauskorttia (**laatutyökalut*) käytetään tutkittaessa toiminnassa esiintyvää vaihtelua, kehitystrendejä ja merkittäviä toiminnan poikkeamia sekä vaihtelun syitä. Vaativampia tilastollisia menetelmiä tarvitaan myös joskus, varsinkin suurten organisaatioiden mittaustulosten analysoinnissa antamaan varmuutta päätöksenteolle.

Tulosten analysointi on monille organisaatioille totuuden hetki. Numeroiden avulla esitettävät tulokset ovat tässä mielessä armottomia, tulkinnoille jää vähän sijaa: Olemme joko saavuttaneet tavoitteemme tai jääneet niistä jälkeen. Kehitys on joko ollut myönteistä tai heikkenevää. Olemme joko kilpailijoitamme parempia tai heikompia. Tuloksia arvioitaessa on otettava kuitenkin huomioon seuraavia asioita: Mitä tuloksia esitetään, millaisia tulokset ovat, miten ne ovat kehittyneet ja miltä ajanjaksolta niitä esitetään? Tulosten arvioinnin lähtökohtana ovat aina ensisijaisesti organisaation tai yksikön omat tavoitteet. Organisaation ulko-

puoliset tahot, kuten erilaiset vertailutietokannat, parhaat käytännöt tai kilpailijat antavat objektiivisuutta vertailukohteen arviointiin.

Tulosten arvioinnissa on vaikeinta varmistua siitä, että esitetyt tunnusluvut ovat organisaation kannalta merkityksellisiä ja että ne antavat kattavan kuvan toiminnan laadun kehittymisestä. Pelkästään yhden mittauksen ja mittarin antamien tulosten tarkastelu ei riitä toiminnan kokonaislaadun arviointiin. Toisaalta suurikaan määrä tunnuslukuja ei välttämättä anna oikeaa kuvaa ellei lukuja ole suhteutettu organisaation keskeisiin tavoitteisiin ja strategioihin.

Tulosten arvioinnissa on huomioitava myös, että jo pelkästään mittaamisen kohteena oleminen voi vaikuttaa tuloksiin joko myönteisesti tai kielteisesti. Usein pelkkä asioista puhuminen, 'kissan pöydälle nostaminen', parantaa toiminnan laatua. Ihmiset muuttavat huomaamattaan toimintaa saadessaan tiedon mittaamisesta ja näin tulos ei kuvaa todellisuutta. Toisaalta mittaaminen voi aiheuttaa jännitystä ja stressiä mitattavissa ja näin suorituskyky ei ole parhaimmillaan.

Pelkkä mittaustulosten tarkastelu ei kuitenkaan paranna tuloksia. Tulokset paranevat vain parantamalla toimintaa, muuttamalla rakenteita ja sujuvoittamalla prosesseja. Huippuunsa viedyssä tulosten analyysissä yritetäänkin ymmärtää, mitä pitää tehdä, jotta tulokset paranevat. Ehtona sille, että koko organisaatio sitoutuu tarvittaviin korjaus- ja muutostoimenpiteisiin, on tuloksista tiedottaminen ja raportointi kaikille, ei vain johdolle, ja sellaisessa muodossa, että ne ymmärretään. Raportoinnin laatua kuvastaa selkeä, hyvin jäsennelty raportti, josta arvioinnin kohteesta on esitetty erinomaisessa kunnossa olevia seikkoja, kehityskohteita ja poikkeamia sovitusta menettelyistä ja sitoumuksista.

Entäs sitten

On rakennettu mittari, ehkä useampikin ja hankittu myös kokemusta mittaamisesta! Jatkossa toiminta voi kohdentua esimerkiksi mittareiden laadun ja määrän, 'mittariston', tarkistamiseen: Tarvitaanko näitä kaikkia? Kattavatko mittarit koko toiminnan vai puuttuuko meiltä mittareita? Huomiota voidaan kiinnittää myös mittarien ja mittaamisen luotettavuuteen ja kehittää sen suhteen yhä parempia mittareita. Ja, vaikka mittarit olisivat kuinka hyviä tahansa, mittaaminen on turhaa, ellei mittaustuloksia hyödynnetä kunnolla. Kolmas tarkasteltava kohde voikin olla mittaus- ja arviointitiedon entistä parempi hyödyntäminen vertailuihin ja johtamiseen

Mittareiden laadun ja määrän tarkistaminen

Yksikön tai organisaation mittauksista vastaavan henkilön on seurattava ja arvioitava jatkuvasti mittaamisen luotettavuutta ja virheettömyyttä sekä mittausmenettelyjen käyttökelpoisuutta. Tarvittaessa menettelyjä on korjattava. On myös

uskallettava luopua huonoista mittareista. Suuresta mittarimäärästä ja niiden antamista, mahdollisesti virheellisistä tuloksista on vain haittaa.

Mittaamisella pyritään saamaan mahdollisimman totuudenmukainen kuva mitattavasta todellisuudesta. Mittaustulosten luotettavuus liittyy mittarin kykyyn mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata (validiteetti) ja siihen, miten luotettavia ja virheettömiä mittaustulokset ovat (reliabiliteetti). Reliaabeli mittaaminen tuottaa toistettuna samanlaisia tuloksia riippumatta kuka mittaamisen suorittaa. Mitavirheet voivat olla systemaattisia tai satunnaisia. Systemaattinen mittavirhe syntyy silloin, kun jokin tekijä vaikuttaa systemaattisesti mitattavaan ominaisuuteen tai mittausprosessiin. Satunnaiset virheet voivat johtua vastaajista, havainnoitsijasta tai haastattelijasta, mittaustilanteesta, mittavälineestä ja tietojen analysoinnista.

Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia voidaan arvioida monin eri tavoin. (Arviointimenettelyistä löytyy lisätietoja esimerkiksi tutkimusmetodiikkakirjoista.) Mikäli mittari ei ole validi, on sen käyttöä syytä vakavasti harkita. Mittausvirheitä tulee myös aina, mutta niiden eliminointiin ja hallitsemiseen tulee pyrkiä. On kuitenkin muistettava, että parhaimmillaankin mittaustulos on vain oikean 'totuuden' likiarvo ja mittaamisen tarkoitus ratkaisee, kuinka tiukkoja luotettavuusvaatimuksia mittaamiselle asetetaan.

Mittaamisen tarkkuus edellyttää mittausmenetelmien ja -laitteiden hallintaa. Esimerkiksi terveydentilan tai toimintakyvyn mittaamiseen on suositeltavaa käyttää tutkimuksissa validoituja (kansainvälisiä) menetelmiä, joiden tarkkuus on osoitettu. Kliininen tarve määrittelee käytettävien menetelmien ja laitteiden tarkkuuden ja kalibroinnin tarpeen. Verenpainemittari on yleisin terveydenhuollon laite, jonka oletetaan toimivan tarkasti. Koska laitteen antamien tulosten perusteella tehdään merkittävä johtopäätös potilaan tilasta – sairastaako verenpainetauti vai ei – on mittarin annettava oikein käytettynä luotettava mittaustulos.

Kalibrointi tehdään siten, että kalibroitavaa laitetta tai sillä saatua tulosta verrataan sellaiseen laitteeseen tai tulokseen, jonka tarkkuus on varmistettu. Yleensä tarkkuus on varmistettu vertaamalla jäljitettävästi kansallisiin tai kansainvälisiin mittanormaaleihin. Suomessa kansallisten mittanormaalien ylläpidosta vastaa Mittatekniikan keskus.

Mittausmenettelyjen käyttökelpoisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden arvioimiseksi on tarkistettava myös yhä uudelleen ja uudelleen mittaamisen ja arvioinnin tarve ja tavoitteet. Mitataanko meillä oikeita asioita oikein? On tiedettävä millaisia mittareita ja arviointimenettelyjä meillä on käytössä ja mitä mahdollisesti puuttuu. On myös uskallettava luopua vanhoista sopimattomista mittareista, jotta "mittaristo" ei paisu kohtuuttomaksi. – Ja vielä, on muistettava, että mittaaminen on turhaa ellei sitä suoriteta järjestelmällisesti ja ellei mittaustuloksia todella hyödynnetä toiminnan kehittämiseen.

Seuraavassa esimerkki eräissä fysioterapia- ja kuntoutusyksiköissä käytetystä toimintakyvyn mittaamisen laatua arvioivasta kysymyssarjasta.

Arvioi toimintakyvyn mittaamiskäytäntöjä omassa työyhteisössäsi:

1. Meillä kaikki ovat selvillä siitä, mihin toimintakyvyn mittaamista tarvitaan ja miten mittaustuloksia hyödynnetään
2. Käytämme samoja tai yhteensopivia mittareita tutkiessamme tietyn tyyppisten asiakkaiden (tules, avh, ikäihmiset) toimintakykyä.
3. Käyttämämme toimintakykymittarit ovat pääsääntöisesti tieteellisesti testattuja.
4. Meillä on kirjalliset kuvaukset toimintakykymittareistamme sekä selkeät ohjeet niiden käytöstä.
5. Haluttu muutos toimintakyvyssä ilmaistaan myös kuntoutuksen (fysioterapia, toimintaterapia, muu kuntoutus) tavoitteissa.
6. Kaikki merkitsevät asiakkaan papereihin käytetyn mittarin nimen sekä mittaustulokset aina samalla tavalla. Tästä on kirjallinen ohje.
7. Asiakkaan oma arvio toimintakyvystään ja sen muutoksista otetaan huomioon arviointia tehtäessä ja se kirjataan asiakkaan papereihin.
8. Olemme yhdessä harjoitelleet toimintakyvyn mittaamisen suorittamista, jotta käytäntömme olisivat mahdollisimman yhdenmukaiset ja menetelmät vakioidut.
9. Meillä on nimetty henkilö, joka vastaa toimintakyvyn mittaamisen ja arviointitapojen kehittämisestä sekä koordinoi eri asiantuntija-arvioita.
10. Toimintakyvyn mittaamisessa mahdollisesti tarvittavat välineet huolletaan ja kalibroidaan säännöllisin väliajoin.
11. Työpaikallamme on järjestetty viimeisen vuoden aikana toimintakyvyn mittaamiseen liittyvää koulutusta, jotta mittaajilla olisi riittävät tiedot ja taidot mittarin käyttämiseen.
12. Asiakkaalle selvitetään toimintakyvyn mittaamisen tulokset ja niiden pohjalta suunnitellaan yhdessä kuntoutusohjelmaa.
13. Toimintakykyä arviotaessa tehdään yhteistyötä kaikkien toimintakyvyn arviota suorittavien ammattiryhmien kesken.

Mittarien ja mittaamisen luotettavuuden parantaminen

Mittaamisen ja mittavälineiden kehittämisessä on arvioitava myös käytössä olevien tietolähteiden luotettavuutta. Se, keneltä tai mistä tieto saadaan vaikuttaa olennaisesti tiedon käyttökelpoisuuteen. Terveystieteiden toimintaa on alettu muuttaa entistä vankemmin tieteelliseen tietoon perustuvaksi parantamalla tietokantoja. Lääketieteessä esimerkiksi ns. Cochrane-kirjasto tunnustetaan laadukkaana tiedon lähteeksi. Tällainen näyttöön perustuva (evidence based) työtapo soveltuu hyvin kliinisen toiminnan laadunvarmistuksen välineeksi. Luotettavien tietolähteiden käyttö liittyy yhtä lailla myös sosiaalihuollon laadun parantamiseen.

Vaihtelun vähentäminen on osa laadunhallintaa. Systeemitietoon perustuva tilastollisen prosessien hallinnan (Statistical Process Control, SPC) avulla voidaan analysoida ja hallita prosessien (systeemin) vaihtelua. Vaihtelun eli variaation määrittämiseen käytetään mittauskorttia tai sen kehittyneempää muotoa, ohjauskorttia (**laatutyökalut*), johon on tilastollisesti määriteltä yläraja (ylävalvontaraja) ja mahdollisesti alaraja (alavalvontaraja). Ohjauskorttia käytetään

erityisesti silloin, kun selvitetään johtuvatko muutokset satunnaisesta sisäisestä vaihtelusta (yleinen syy) vai ulkopuolisesta häiriöstä (erityinen syy). Tuloksista nähdään onko prosessi tilastollisesti kunnossa. Laadun kehittämisen kannalta kannattaa kiinnittää huomio normaalivaihtelun ulkopuolelle jääviin mittauksiloksiin.

Mittaus- ja arviointitiedon hyödyntäminen vertailuihin ja johtamiseen

Vertailemalla mittaus- ja arviointituloksia saadaan palautetta sekä siitä, missä ollaan suhteessa omiin tavoitteisiin että suhteessa muihin vastaaviin työyhteisöihin. Vertailu muihin onnistuu vain, kun on käytetty samanlaisia mittareita. Vertailutietoa käytetään myös toiminnan kehittämislinjojen etsintään. **Vertailukehittämisessä (benchmarking)* olennaista on etsiä itseä parempi vertailukohde, josta sitten voidaan soveltuvien osien ottaa oppia omaan toimintaan. Ns. tilastollinen benchmarking auttaa päättämään oman toiminnan tasoa eli ”missä mennään” verrattuna muihin ja mihin jatkossa kannattaa kulkea. Tilastollisessa vertailussa voidaan hyödyntää omaa työyhteisöä vastaavien työyhteisöjen tietojen lisäksi myös alueellisia ja valtakunnallisia vertailutiedostoja, joita ovat esimerkiksi Sotka, HILMO, SOTEVERTTI, EVERGREEN 2000 -ohjelmisto ja Stake-sin asiakastytytyväisyyskyselyt.

EVERGREEN 2000 on erityisesti kunnille suunniteltu uusi ohjelmisto, jonka avulla voidaan tehostaa vanhustenhuollon seurantaa, arviointia ja suunnittelua. Ohjelmistoa voi käyttää myös koko valtakunnan ja läänien tasolla. Se soveltuu lisäksi konsultointi ja opetuskäyttöön. Ohjelmisto koostuu kolmesta osasta: 1. perustiedostosta, 2. analyysiosiosta ja 3. mallinnusosiosta. Kukin osio sisältää valmiita taulukoita, tunnuslukuja ja indeksejä palvelurakenteen, resurssien, kustannusten ja tuloksellisuuden arviointiin, seurantaan ja vertailuun. Käyttäjä voi valita missä laajuudessa hän haluaa ohjelmistoa käyttää. – Ohjelmisto auttaa käyttäjiään havaitsemaan konkreettisesti sen tosiasian, että erilaisilla valinnoilla on erilaiset seuraukset. Tulevaisuuteen on näin mahdollista vaikuttaa myös suunnittelun keinoin. (Lisätietoja: Päivi Voutilainen, Stakes)

Nykyaikaiset tietojärjestelmät antavat lähes rajattomasti mahdollisuuksia vertailla niin yksittäisten työntekijöiden kuin työryhmienkin toimintaa laadullisesti ja määrällisesti. Seurantatiedot kertovat, miten tehdyt muutokset ovat vaikuttaneet käytännössä. Kerätyn tiedon ja sen analysoinnin avulla voidaan korjata toimintaa. Vertailut voivat kuitenkin tulehduttaa työyksikön ilmapiiriä. Suora vertailu on harvoin mahdollista ilman, että ymmärretään vaihtelun suuruutta ja suuntaa selittäviä tekijöitä. Vertailut edellyttävät tekijältään aina suurta vastuullisuutta ja asiantuntemusta.

Tasapainotetun mittariston malli (**Balanced Scorecard, BSC*) on kehitetty yrityksen strategisen johtamisen ja päätöksenteon tueksi. Mallin avulla tarkastellaan strategisesti tärkeitä osa-alueita, kuten asiakastytytyväisyyttä ja yrityksen sisäisten ja ulkoisten voimavarojen merkitystä. BSC korosti alunperin vain toi-

minnan tulosten seuraamista suhteessa toiminnalle määritellyyn visioon. Nykyisin BSC nähdään enemmän johtamisjärjestelmänä tai johtamisfilosofiana. BSC:n ei ole sellaisenaan todettu toimivan kunnolla julkisella sektorilla. Siksi siitä on kehitetty paremmin suomalaiseseen julkishallintoon soveltuva vastine, tasapainoinen onnistuminen (Määttä & Ojala 1999).

Laaja-alainen toiminnanseuranta (Liukkonen 1997) on toinen malli, jossa korostetaan tunnuslukujen käyttöä johtamisen apuna. Myös tässä mallissa tarkastellaan samanaikaisesti useampia mittareita. Tarkasteltavina ovat neljä tulosaluetta: ulkoinen ja sisäinen tehokkuus sekä rahallinen ja laadullinen tulos, joiden on oltava tasapainossa keskenään. Koska malli tuo taloudellisen ja toiminnallisen tuloksen rinnalle henkilöstön työkykyyn liittyviä mittareita, soveltuu se hyvin myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen apuvälineeksi.

Vielä mietittäväksi

Tietoturva liittyy olennaisesti mittaamiseen ja mittaustulosten käyttämiseen. Erityisen tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollossa on henkilötietojen oikea käsittelytapa. Lainsäädäntö on tiukkaa ja sitä muutetaan jatkuvasti. Palveluja tuottavien organisaatioiden johdolla onkin vastuu henkilökunnan kouluttamisesta tietojen oikeaan käsittelyyn.

Tiedolla ohjaaminen on valittu valtakunnalliseksi sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan strategiaksi ja se soveltuu siksi hyvin myös yksittäisen työyhteisön laadunhallinnan lähtökohdaksi. Laadunhallinta edellyttää luotettavaa ja monipuolista tietoa. Tietoa kerätään ja tuotetaan jo nyt niin paikallisesti, alueellisesti kuin valtakunnallisestikin. Ongelmana alkaakin olla runsaan tietomäärän käsittely ja hallinta. Nykyaikainen tietotekniikka tarjoaa tiedonhallintaan oivia ratkaisuja. Monissa työyhteisöissä laadun kehittämistyöhön liittyykin olennaisena osana tietojärjestelmien kehittäminen.

Tiedolla ohjaamiseen liittyy kaksi erilaista kehittämislähtökohtaa: Lähtökohdana voi olla kehittyvä tietotekniikka ja tietohallinto, kuten edellä todettiin, tai lähtökohdana voi olla osaamisen kehittäminen. Knowledge Management on johtamisen menetelmä, joka korostaa tietopääomaa yrityksen kilpailutekijänä. Se on nousemassa nopeasti yritysten kiinnostuksen kohteeksi kaikkialla maailmassa. Knowledge Management tekee tuloaan myös suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja siksi tämän ”osaamisjohtamisen” elementteihin kannattaa tutustua (Stähle ym. 1999).

Mittaaminen voi aiheuttaa pelkoa, ei ainoastaan työryhmissä vaan myös johtoryhmissä. Aina ei haluta nähdä asioita, jotka ovat vaikeita ja vaativat omien toimintatapojen kyseenalaistamista ja uudistamista ja näiden myötä oman osaamisen kehittämistä. Kehittämisen sijaan paetaan helposti vanhaan, kiristetään kontrollia, tai katsotaan sivusta. Mittareiden rakentaminen kaikkien henkilöstöryhmien yhteistyönä vähentää pelkoja, antaa yhteisiä kokemuksia ja tukee näin organisaatiossa tapahtuvaa oppimista.

Lähteitä

Hamilas M, Lempinen K, Mustonen M. Jatkuvan laadunparantamisen (CQI) -menetelmäkurssi sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:70. Turku 1999.

Jokila M, Jalava U. Mekanistinen arviointi uhka työyhteisön hyvinvoinnille. Opettaja 9/99; 12–14.

Kivimäki-Kuitunen A, Hedman L. Laatu tekevät ihmiset. Mermerus. Jyväskylä 1997.

Krause K, Kiikkala I. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Helsinki 1996.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes. Jyväskylä 1995.

Laamanen K. Erinomaisuus esiin. Laatuokeskus. Helsinki 1998.

Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J, Välimäki M. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Stakes Raportteja 151. Jyväskylä 1995.

Liukko M. Tilastollisten menetelmien soveltaminen hoitoprosessien ja muiden terveydenhuollon aktiviteettien arviointiin. Teoksessa Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssa 1999.

Liukkonen P. Laaja-alainen toiminnan seuranta. Oy Edita Ab. Helsinki 1997.

Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssa 1999.

Moisio J. Tehokas toiminnan arviointi – haaste ja mahdollisuus. Julkaisussa Terveydenhuollon ISO 9000 -laatu järjestelmät matkalla 2000-luvulle. SFS-Sertifiointi Oy. Helsinki 1999.

Muistinvirkistäjä. Taskukirja jatkuvan kehityksen apuvälineistä. Metalliteollisuuden Kustannus Oy. Tampere 1995

Mäkelä M. Näyttöön perustuva työtapo laadunhallinnassa. Teoksessa Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssa 1999.

Määttä S, Ojala T. Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard. Hallinnon kehittämiskeskus, HAUS. Valtiovarainministeriö. Edita. Helsinki 1999.

Outinen M. Laadun arviointi ja mittaaminen. Teoksessa Ammatinvalinnanohjauksen vuosikirja. Työministeriö. Helsinki 1999.

Outinen M, Holma T, Lempinen K. Laatu ja asiakas. Laatu työskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva 1994.

Pelkonen M, Perälä M-L. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoidon kirjasto. Kirjayhtymä Oy. Tampere 1992.

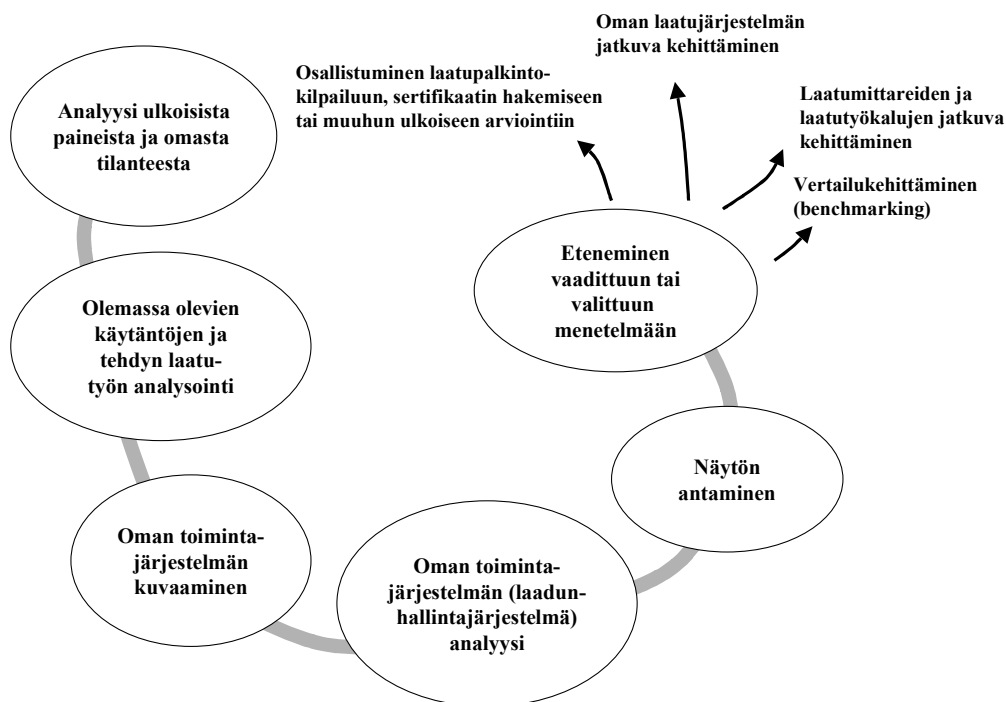
Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä 1999.

Stähle P, Grönroos M. Knowledge Management – tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä. WSOY. Porvoo 1999.

Polku 7

Rohkeasti näytön tielle

Näytön tiellä on kyse oman toiminnan laadun osoittamisesta ennen kaikkea ulkopuolisille tahoille. Näytön tarve voi syntyä, kun ostaja edellyttää palvelun laadun tarkempaa osoittamista. Kilpailutilanne tai haastava tavoite saada ulkopuolinen tunnustus laadusta johtavat myös näytön tielle. Näytöllä tarkoitetaan tässä esimerkiksi vastaamista ostajan asettamiin laatuvaatimuksiin tai laatukriteereihin, oman toimintajärjestelmän dokumentointia tai sen tason saavuttamista, joka on edellytys ulkopuolisen tahon suorittamaan arviointiin perustuvalla todistuksella. Analyysi ulkoisista paineista ja vallitsevasta tilanteesta, olemassaolevien käytäntöjen ja tehdyn laatu-työn analysointi, oman toimintajärjestelmän kuvaaminen ja arviointi sekä järjestelmällinen eteneminen kohti valittua laadunhallintamenetelmää ovat vaiheita, joita tulee eteen näytön tiellä. Näytön tien laadunhallintamenetelmää valittaessa on kriittisyys kuluttajana paikallaan. Kannattaa ottaa selvää eri menetelmistä, verrata niitä toisiinsa ja omiin tarpeisiin. Yhteyden ottaminen menetelmän käyttäjiin tuo arvokasta tietoa hyödyistä ja soveltamisen karikoista. Tärkeätä on muistaa, että kannattaa seistä omilla jaloillaan ja asettaa tavoitteet laadunhallinnalle omasta toimintaympäristöstä käsin.



Mistä polulla on kyse

Näytön tiellä on kyse oman toiminnan laadun ja laadun hallinnan (keinojen) osoittamisesta ennen kaikkea ulkopuolisille tahoille. Näitä ulkopuolisia tahoja voivat olla palveluja jo käyttävät ja mahdollisesti tulevaisuudessa käyttävät asiakkaat, palvelujen tilaajat tai ostajat sekä rahoittajat ja mahdollisesti myös viranomaiset. Jatkossa käytetään näistä kaikista yhteisnimitystä ‘asiakkaat’ ellei tarkempi määrittely ole tarpeen.

Näytön tarve voi syntyä asiakkaan/asiakkaitten määrittelemästä tai ilmaismasta vaatimuksesta erityisesti ostopalvelujen yhteydessä. Tällöin ostaja voi edellyttää ‘näyttöä’ laadun hallinnasta. Toistaiseksi ostajien esittämät näyttövaatimukset ovat kuitenkin olleet yksilöimättömiä ja näyttötavan tai -tapojen valinta on jäänyt tuottajan itsensä harkintaan. Mahdollisesti ollaan menossa yhä tarkemmin määriteltyihin vaatimuksiin. Toisaalta näytön tielle lähdetään myös kilpailutilanteessa: vaikka asiakkaat eivät vaadi, ajatellaan saatavan kilpailuetua siitä, että pystytään muita tehokkaammin osoittamaan oman toiminnan laatu. Kolmas motiivi voi olla se, että halutaan asettaa omalle laadunhallinnan kehittämistyölle tarpeeksi haastava tavoite.

Millä tavalla ‘näyttö’ annetaan? Näytön tavat voidaan ryhmitellä kolmeen pääryhmään: ostajan laatukriteeristöt, palvelun tuottajan itse tekemät arvioinnit ja kuvaukset sekä ulkopuolisen tahon suorittamaan arviointiin perustuvat todistukset. Näitä luonnehditaan lyhyesti seuraavassa.

Ostopalvelujen hankkijat voivat laatia omia kriteeristöjä kuvaamaan palvelun laadun tärkeitä ominaispiirteitä. Näitä kriteeristöjä käytetään ensinnäkin näytön antamiseen ennen ostopalvelusopimuksen tekemistä tarjouskilpailujen yhteydessä. Tuottajan edellytetään tällöin esimerkiksi tuote- tai palvelukuvauksissa osoittavan, miten kriteerit täyttyvät palvelutapahtumassa.

Toinen käyttötarkoitus liittyy palvelujen ostajan toteuttamiin arviointikäynteihin tuottajan luona, jolloin ostaja pyrkii toteamaan, vastaavatko sille aikoinaan tarjouskilpailun yhteydessä esitetyt asiakirjat ja todellinen toiminta toisiaan. Esimerkkejä tällaisista kriteeristöistä ja niihin perustuvista – tällä hetkellä osittain vasta kehitteillä olevista – arviointikäyntimenettelyistä ovat **Kelan laitospotilaskuntoutuksen ja vaikeavammaisten avokuntoutuksen standardit* ja **Valtionkuntoutuskeskuksen tarjouskilpailumenettely*. Kriteeristöjä arviointimenettelyineen on myös ulkolaisilla vakuutusyhtiöillä, jotka rahoittavat Suomessa työskentelevien monikansallisten yhtiöiden työterveyshuoltopalveluita. Tulevaisuudessa ehkä myös asiakas- ja potilasjärjestöt kehittävät omia laatukriteeristöjään siihen suuntaan, että niiden perusteella pystytään tekemään arviointeja ‘paikan päällä’. Edellä kuvattuja arviointeja kutsutaan toisen osapuolen tekemiksi arvioinneiksi, koska arvioijana on kaupankäyntisuhteen, palvelujen ostoneuvottelun, toinen osapuoli. Kuntien yhä lisääntyvään ostopalvelujen hankintatoimintaan on tarvetta saada lisää tukea valtakunnallisista ostopalvelukriteeristöistä. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2000 -hankkeessa onkin esitetty yhdeksi osahankkeeksi kuntien ostopalvelukriteerien kehittämistä. Mittakaavaltaan suppeammassa menettelyssä palvelujen ostaja voi

edellyttää joko itse määrittelemiensä tai tuottajan valitsemien mittarien käyttöä näytön osoittamisen tueksi. Esimerkkejä näistä ovat asiakkaiden kuntoa tai hoitoisuutta arvioivat toimintakykymittarit, asiakastyytyväisyysmittaukset tai muut tulos- ja laatumittarit.

Tässä on korostettu ostopalvelukriteeristöjen käyttöä näytön antamisessa, mutta niiden toinen tärkeä käyttötarkoitus on tuottajan ohjaaminen kehittämään palvelujaan haluttuun suuntaan. Parhaimmillaan syntyy palvelujen tuottajan ja ostajan välinen vuoropuhelu ja toimintaa kehittävä yhteistyösuhde.

Helsingin sosiaaliviraston vanhuspalvelujen linjaryhmä laati vuonna 1997 vanhusten laitoshoidon laatukriteeristön, joka perustuu **Suomen laatupalkinnon* arviointialueille. Kriteeristö on tarkoitettu laatutyön edelleen kehittämisen perustaksi sekä yhteiseksi viitekehykseksi ja katalysaattoriksi hoidon sisällön kehittämisessä. Sen toivotaan jäsentävän laatukseskustelua myös viraston (tilaajan) ja yksityisten palvelun tuottajien välisissä neuvotteluissa. Tätä varten on kriteeristöön pohjautuen laadittu haastattelukysymyslista, jotka käydään läpi vuosittaisissa neuvotteluissa. Neuvottelun yhteydessä listan avulla kartoitetaan, minkälaisia arviointimittareita tilaaja eri arviointialueilla ja eri kriteerien kohdalla käyttää. Kriteeristö toimii myös tuottajien oman laatutyön ohjaajana.

Toinen näytön välineiden pääryhmä muodostuu palvelujen tuottajan itse tekemistä arvioinneista, laadunvarmistusmenetelmistä ja toiminta- tai laatu järjestelmän kuvauksista. Työyksikön itsearviointeja esimerkiksi **ITE-menetelmällä* kuvataan tarkemmin itsearviointipolun yhteydessä. Laboratorioissa on jo pitkään toteutettu Labquality Oy:n järjestämiä **laaduntarkkailukierroksia*, joissa yksikkö voi verrata omien analyysiensä tuloksia muiden laboratorioiden samoisia näytteistä tekemiin analyysieihin. Osallistuminen tähän menettelyyn osoittaa analyysitoiminnan pätevyyden olevan hallinnassa, jolloin jo mukanaolo voi olla riittävä näyttö. Tarvittaessa voidaan keskustella myös tuloksista.

Oman toimintajärjestelmän (laatu järjestelmän) dokumentointi tekee toiminnan läpinäkyväksi ja siihen tutustuminen antaa ostajalle tai muille ulkopuolisille tahoille varmuuden laatu tasosta. Oman toimintajärjestelmän (laatu järjestelmän) kuvausta kutsutaan **laatukäsikirjaksi*. Suositusluonteisia malleja on olemassa muun muassa laboratorioille ja röntgenlaitoksille. Valmista mallia oleellisempaa on kuitenkin se, että dokumentointi kuvaa tuottajaorganisaation omaa toimintaa. Pienelle työyksikölle tai yksintoimivalle sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle soveltuva dokumentointimalli on **PIENET-laatu järjestelmä*. Yksinkertaisen kuvauksen voi rakentaa myös **ITE*-arviointimallin pohjalta.

Erilaisia laatupalkintokriteeristöjä voidaan käyttää itsearvioinnin perustana ja arviointiin perustuvaa raporttia kertomaan ulkopuolisille organisaation laadusta. Tunnetuin on **Suomen Laatupalkinnon* kriteeristö. Siihen perustuvia toimialakohtaisia kriteeristöjä on laadittu mm. opetukseen ja päivähoitoon. Viime vuosina on sosiaali- ja terveydenhuollossa jaettu muitakin laatupalkintoja, esimerkiksi fysioterapiassa ja sairaanhoitopiireissä.

Suomen Laatupalkintokilpailussa riittävän pitkälle päässyt organisaatio osallistuu ulkopuoliseen arviointiin ja saa arvioineelta asiantuntijaryhmältä kirjalli-

sen palautteen. Tämä arviointiraportti ei kuitenkaan ole mikään todistus siinä mielessä kuin seuraavassa kappaleessa esiteltävät.

Tiukin taso näytön osoittamisessa edellyttää ulkopuolisen arvioijan tekemää arviointia ja siitä saatavaa todistusta. Tällaista arviointia kutsutaan kolmannen osapuolen arvioinniksi, koska arvioija on molemmista osapuolista (tuottajasta ja ostajasta) riippumaton elin tai organisaatio. Ulkopuolisen arvioijan antamia todistuksia, tunnustuksia ja sertifikaatteja myönnetään esimerkiksi

- ☐ **ISO 9000-standardiin* perustuvassa auditoinnissa (sertifikaatti)
- ☐ King's Fund menetelmään perustuvan **palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelman ja sitä seuraavan auditoinnin* perusteella (laadun-tunnustus)
- ☐ **patologian laatutunnusmenettelyn* perusteella
- ☐ laboratorion (ja sertifiointielimen) **akkreditointimenettelyn* perusteella (akkreditointitodistus).

Miksi ja milloin

Seuraavassa on hahmoteltu kolme tyypillistä lähtötilannetta näytön polulle. Lähtötilanteista käynnistyvät polut voivat olla yksityiskohdiltaan hyvin erilaisia. Kaikilla on kuitenkin yhteinen alku, jota kuvataan polun ensimmäisenä vaiheena. Kahdessa ensimmäisessä lähtötilanteessa paine näyttöön tulee ennen kaikkea ulkopuolelta ja kiristyvistä kilpailusta ('pakko näyttää'). Kolmannessa lähtötilanteessa motiivi on enemmän organisaation sisäinen ('halu näyttää').

Aika usein kuulee kuvattavan lähtötilannetta ilmaisulla *"meidän organisaatio ja sen voimavarat ovat niin pieniä, ettei laadunhallintaan ole vielä ehditty panostaa – ostaja kuitenkin vaatii"*. Tällöin ollaan usein epä tietoisia siitä, mitä oikein vaaditaan. Lisäksi pienissä organisaatioissa tai yksin toimivilla ammattiharjoittajilla ei aina ole ollut aikaa eikä muitakaan voimavaroja laatutyölle ja oman toiminnan kuvaukselle ja dokumentoinnille. Kaikki tarmo on mennyt työn tekemiseen tai sen sisällön kehittämiseen. Kilpailun kiristyessä ja toimittaessa ostopalvelusopimuksien varassa ostaja pyytää yhä useammin kuvaamaan tarjouspyyntöön vastattaessa, miten laatu hallitaan. Tilanne saattaa synnyttää jopa paniikinomaista tunnelmaa.

Toisenlaista lähtötilannetta kuvaa hyvin pohdinta *"Toisiko sertifikaatti meille kilpailuetua?"*. Tämä on tyypillinen lähtötilanne isohkossa organisaatiossa. Laatutyötä on kenties jo tehty pitkäänkin ja kilpailu alalla on kireää. Vastauksena kilpailun tai kilpailuttamisen tuomaan haasteeseen päätetään hankkia tunnustus tai sertifikaatti. Tällöin joko ennakoitua tulevaa tilannetta tai seurataan muiden esimerkkiä, kun nähdään muiden saman sektorin organisaatioiden panostavan näytön osoittamiseen. Toisaalta tällä polulla on ominaista se, että herääminen tapahtuu johdossa.

"Osoitetaan itselle ja muillekin, miten pitkälle ollaan päästy" on ajatuksena tilanteessa, jossa näytön tarve on syntynyt organisaation sisäisestä tarpeista.

Tällöin laatutyötä on yleensä tehty jo pitkään ja pohditaan tapaa, jolla voitaisiin saada aikaan kokonaisvaltaisempi ote laadunhallintaan. Motiivi voi olla myös se, että halutaan tuoda esille, mihin asti on jo päästy tai halutaan asettaa vaativa tavoite omalle laatutyölle.

Vaiheita ja valintoja

Kaikissa edellä hahmotelluissa tilanteissa on tiettyjä yhteisiä perusvaiheita. Jo pidemmälle omassa laadunhallinnassaan edennyt organisaatio voi käyttää vaihekuvauksia enemmän tarkistuslistan tavoin, samoin kuin sellainen organisaatio, joka varustautuu ennalta siihen, että ostaja ehkä tulevisuudessa vaatii näytön antamista palvelun tuottajan laadunhallinnasta. Vasta ostajan taholta tulleeeseen näyttöpaineeseen herännyt organisaatio puolestaan voi laatia niiden perusteella kehittämissuunnitelman, joka kirjallisena on jo eräänlainen näyttö siitä, että oma laatutyö on käynnistynyt.

Kuten lähes kaikilla muillakin tässä kirjassa esitetyillä poluilla, on 'näytön polulle' lähteminen järkevää toteuttaa projektina (ks. Polku 4). Projektimuotoinen työskentely auttaa toisaalta pitämään asian hallinnassa ja toisaalta etenevään kustannustietoisesti ja tarvittaessa nopeasti kohti asetettua tavoitetta. Projektin suunnittelu kannattaa aloittaa heti, niin että päästään mahdollisimman pian järjestelmälliseen työskentelyyn.

1. Ulkoisten paineiden ja oman tilanteen analyysi

Ensimmäinen tehtävä on analysoida, mitkä ovat ulkoiset paineet näytön antamiselle ja millainen tilanne vallitsee omassa toimintaympäristössä. Tähän analyysiin pysähtymisellä voi olla merkittäviä taloudellisia vaikutuksia, koska näytön antamisen välineet edellyttävät erilaista panostamista.

Analyysi voidaan aloittaa ulkoisten paineiden kartoittamisella: otetaan aivan ensimmäiseksi selvää siitä, mitä tärkeimmät ostajat todella haluavat tai edellyttävät. Viitteitä voi saada myös asiakaspalautteesta. Kannattaa myös selvittää, mitkä ovat ilmassa olevia kehityssuuntia. Niihin pääsee käsiksi sekä tutustumalla uusimpiin **laadunhallintasuosituksiin* ja kuulostelemalla, mitä muut vastaavassa tilanteessa olevat organisaatiot ovat tehneet. Tärkeä analysoitava asia on oman toimialan kilpailutilanne: miten se vaikuttaa tekemiimme ratkaisuihin? Onko joku tietty laadunhallintamenettely nousemassa muita käytetyimmäksi? Mitä seurauksia voi olla siitä, jos siirrämme laadunhallinnan tehostamista vielä muutamalla vuodella?

Toinen analysoitava asiakokonaisuus on oman organisaation voimavarat. Siinä voi pohtia esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:

- ☐ olemmeko analysoineet kaikki asiakkaamme ja heidän tarpeensa ja toivomuksensa

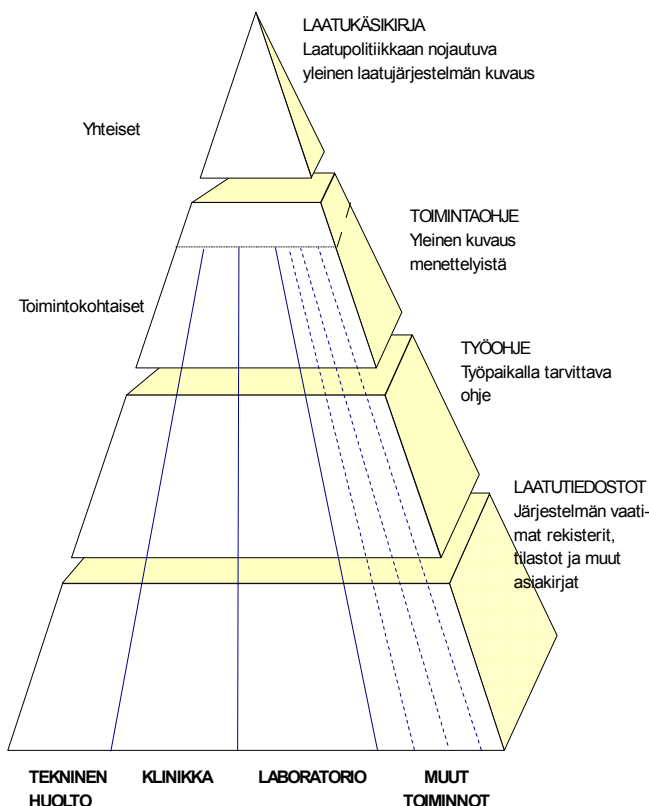
- ❑ mikä on käytettävissä oleva aika, johon mennessä näyttö on annettava (jos näyttö on välttämätön edellytys)
- ❑ mitkä ovat omat voimavarat, jotka voidaan suunnata laadunhallinnan kehittämiseen ja näytön antamiseen: esimerkiksi miten paljon rahaa, olemassaolevaa osaamista sekä johdon ja henkilökunnan aikaa voidaan käyttää.

Analyysien tulokset kannattaa kirjata ja käydä läpi organisaation eri tasoilla. Näin varmistetaan, että kaikki tietävät, mistä on kysymys ja sitoutuvat varmemmin käynnistytään kehittämistyöhön.



2. Olemassaolevien käytäntöjen ja tehdyn laatu työn analysointi

Seuraavassa vaiheessa kannattaa tunnistaa ja koota yhteen oman organisaation nykyiset laadunhallinnan käytännöt. Hyvä aloituskeino on niitä kuvaavien dokumenttien kokoaminen kansioon! Apuvälineenä voi käyttää seuraavaa kuviota, joka havainnollistaa erilaisia tasoja, joilta dokumentteja voi löytää.



Kuvio 10. Laatu järjestelmän dokumenttien hierarkia. (Kaartamo ym. 1997)

Lähtökohdaksi sopii henkilökunnan perehdytyskansio – siihen on yleensä koottu paljon asioita, joista tässä on kyse. Yleensä löytyy esimerkiksi seuraavia, käytössä olevia menettelyjä tai niiden dokumentteja:

- ☐ toiminta-ajatus ja muut vastaavat dokumentit
- ☐ prosessikuvaukset ja palvelu- tai tuotekuvaukset (palveluvalikoima)
- ☐ nykyiset toimintakäytännöt ja niihin liittyvät menettelyt
- ☐ markkinointivälineet: palveluesitteet, mainontatavat
- ☐ tarjouskäytäntö
- ☐ henkilöstön koulutus
- ☐ potilasohjeet
- ☐ hoito-, huolto-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmat ja muut käytössä olevat potilasasiakirjat
- ☐ vuosi-ilmoitukset viranomaisille
- ☐ tilastointikäytäntö
- ☐ kokouskäytännöt, joissa käsitellään laatuasioita
- ☐ lait ja muut ulkoa tulleet ohjeet, joita noudatetaan (myös laitteiden käyttö-ohjeet ja manuaalit).

Tilanneanalyysiin soveltuu erittäin hyvin esimerkiksi **ITE*-menetelmä. Sen avulla pystyy tunnistamaan, mitä ‘hyvän yrityksen’ käytäntöjä itsellä jo on ja ennen kaikkea, mitä käytäntöjä itseltä vielä puuttuu. Samalla tavalla voi tukena käyttää laatupalkintokriteeristöjä.

Myös aikaisemmin toteutetut laatu- ja kehittämishankkeet on hyvä pyrkiä tunnistamaan! Se tehdään kokoamalla mahdolliset raportit, joita näistä kehittämishankkeista on aikanaan laadittu. Aina raporttia ei kuitenkaan ole tehty. Tämä on valitettavan usein tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Näistä raporttoimattomista kehittämishankkeista kannattaa laatia tässä yhteydessä lyhyt kuvaus. Kuvauksessa tuodaan esille erityisesti projektin jälkeen omaksutut ja vakiintuneet käytännöt (esimerkiksi kirjaamiskäytäntö, uusi tapa tehdä yhteistyötä, uudet toimintaohjeet, palveluperiaatteet jne. tai uusi ammatillinen työtapo) tai tulokset kokeiluista, jotka eivät ole vakiintuneet (esim. asiakaskysely).



3. Oman toimintajärjestelmän kuvaaminen

Toimintajärjestelmällä tarkoitetaan organisaation toimintatapaa eli niitä johtamiseen ja toimintaan liittyviä menettelytapoja, joilla organisaatio ohjaa toimintaansa kohti tavoittelemaansa laatua ja tulosta. Tällainen oma toimintatapa on olemassa jokaisella organisaatiolla. Toimintajärjestelmän arvioinnin ja kehittämisen pohjaksi oma toimintajärjestelmä on kuvattava. Sen jälkeen voidaan arvioida, kuinka suunnitelmallinen ja järjestelmällinen se on. Hyvää toiminta-

järjestelmää voidaan kutsua laatujärjestelmäksi tai laadunhallinnan järjestelmäksi.

Edellisessä vaiheessa tunnistettiin ja koottiin sellaisia menettelyjä, jotka ovat osia omasta toimintajärjestelmästä. Samalla huomattiin, että monet niistä ovat käytännössä hyvin toimivia menettelyjä, mutta niitä ei ole paperilla. Oman toimintajärjestelmän kuvaamisesta on pitkälti kyse juuri tällaisten käytäntöjen kuvaamisesta ja kirjoittamisesta, dokumentoinnista. Kuvauksella oma toimintatapa ja laadunhallinnan menetelmät tehdään näkyviksi ja osoitetaan toiminnan ja tulosten laatu sekä itselle että ulkopuolisille.

Dokumentoinnilla tarkoitetaan kirjalliseen muotoon saattamista, 'paperille panemista'. Esimerkki: vuosittain on jo pitkään pidetty tärkeimmän ostajan kanssa suunnittelupalaveri ja siinä päätetyistä/käsitellyistä asioista on tehty merkintä 'kokousvihkoon'; hyvä ja toimiva käytäntö on siis olemassa, mutta mistään ei löydy toimintaohjetta, jossa kuvattaisiin tällaisen kokouksen pitämistä ja siellä käsiteltäviä asioita. 'Kokousvihkoa' ei ehkä tunne kuin esimies tai omistaja puhumattakaan, että tuloksia ja päätöksiä löytyisi jostain. Dokumentointi on tämän kuvauksen kirjoittamista paperille ja tallentamista vaikkapa toimintaohjekansioon.

Turhan dokumentoinnin välttämiseksi on mietittävä, mitkä asiat ovat niin keskeisiä ja tärkeitä, että niistä tarvitaan kirjallisia dokumentteja tai ohjeita, mitkä voidaan varmistaa koulutuksella tai millaisten asioiden voidaan olettaa sisältävän henkilökunnan ammattitaitoon. Menettelyjen kuvaamisen lisäksi dokumentointi sisältää myös toiminnan tuloksia kuvaavan tiedon tallentamista siten, että tarvittaessa voidaan niiden kautta osoittaa, mitä on tehty ja saatu aikaiseksi.

Dokumentoinnilla saavutettavat hyödyt

- ☐ toimintoja on helpompi arvioida, muuttaa ja parantaa
- ☐ työntekijöiden tehtävät ja vastuut tulevat kirjallisesti määritettyä
- ☐ kertynyttä aineistoa voidaan käyttää työntekijöitä koulutettaessa ja perehdytettäessä
- ☐ toimittajat (alihankkijat) saavat tietoa organisaation laatuvaatimuksista
- ☐ asiakkaisiin luodaan vaikutelma todellisesta laadunkehittämistyöstä.

(Ritola O, Moisio J. 1998)

Dokumentointi kannattaa tehdä itse eikä antaa jonkun ulkopuolisen tehtäväksi. Kuvattaessa ja kirjoitettaessa opitaan samalla oman organisaation toimintaa! Oman toimintajärjestelmän kuvaamisen tukena voidaan käyttää valmiita malleja. Tällaisia ovat **PIENET-malli*, **ITE* – työyksikön itsearviointimalli sekä erilaiset **laatuspalkintomallit*.

Omien työ- ja toimintaprosessien kuvaaminen on tärkeä osa toimintajärjestelmän kuvaamista. Keskeisiä ovat eri potilas- tai asiakasryhmien palveluprosessit: mitä asiakkaalle meillä tapahtuu, miten toimimme palvelulinjan eri vaiheissa. Laadun kannalta tärkeitä ovat rinnakkaisten työprosessien liittymäkohdat orga-

nisaation sisällä ja omien työprosessien liittymät laajempaan hoitoketjuun, jossa on mukana muita, organisaation ulkopuolisia toimijoita. Prosessien kuvausten laatimisen apuvälineet löytyvät projektipolulta.

Oman toiminnan dokumentoinnin tuloksena syntyy **laatukäsikirja*. Sen sisältöä ja laadintaperiaatteita on kuvattu laajemmin tämän julkaisun osassa III.



4. Oman toimintajärjestelmän (laadunhallinnan järjestelmän) analyysi

Toimintajärjestelmän kuvaamisen tuloksena olevan dokumentaation pohjalta voidaan arvioida, minkälainen ja kuinka hyvin palveleva nykyinen laatuja järjestelmä on. Analyysin apuvälineitä ovat myös erilaiset itsearviointimenetelmät (ks. Polku 2).

Organisaation sisällä itsearvioinnit (sisäiset auditoinnit) voidaan tehdä kunkin työyksikön omin voimin. Itse arvioimalla opitaan tuntemaan oma toiminta ja keskustelemaan siitä. Vielä enemmän niistä opitaan ja hyödytään ristiinauditointina, jossa arvioijat tulevat saman organisaation toisesta yksiköstä. Tällöin tutustutaan samalla paitsi toisten työhön ja eri osapuolien merkitykseen palveluprosessien tuottamisessa, myös arviointikäytäntöön. Erityisesti sitten, kun oma näytön menetelmä on valittu (seuraava vaihe), antavat toistuvat ja riittävän järjestelmälliset sisäiset auditoinnit valmiuksia ulkopuolisen tahon tekemään arviointiin.

Analyysi saattaa osoittaa muun muassa sen, ettei kaikilla ole tietoa nykyisistä toimintatavoista ja käytännöistä tai ettei organisaatiossa ole käyty keskustelua omista arvoista tai toimintaperiaatteista. Mikäli aikaa on riittävästi, voidaan tämä keskustelu käydä mahdollisimman laajasti henkilökuntaa ja johtoa osallistavana – ohjeita löytyy arvopolulta (ks. Polku 3).



5. Eteneminen vaadittuun tai valittuun menetelmään

Kun analyysi on perusteellisesti suoritettu, tunnetaan oma toiminta paremmin ja tiedetään, minkälainen oma tilanne on. Tässä vaiheessa ollaan jo selvillä siitä, mitä aiotaan tehdä ja minkä tyyppinen malli näytön osoittamiseen tarvitaan.

Seuraavaksi kannattaa tutustua valittuun menetelmään. Apuna voi käyttää:

- ☐ menetelmästä julkaistua kirjallisuutta ja oppaita
- ☐ muiden kokemuksia: ottamalla yhteyttä sitä käyttäneisiin tiedon saajaksi tai mahdollisesti paikan päällä käymällä
- ☐ pyytämällä esittelytilaisuutta menetelmän 'hallitsijalta' tai joltain siihen perehtyneeltä kouluttajalta
- ☐ jos aikaa on, odottamalla sopivaa koulutus- tai tiedotustilaisuutta.

Valinnan ja menetelmään tutustumisen jälkeen on aiheellista arvioida uudelleen, minkälaista osaamista organisaatiossa on valinnan toteuttamiseksi: voisiko esimerkiksi isommassa organisaatiossa joku oman organisaation jäsen toimia kouluttajana tai ohjaajana. Esimerkiksi laboratorioissa ollaan toiminnan dokumentoinnissa usein hyvinkin kokeneita.

Keskusteltavaksi saattaa tulla myös se, tarvitaanko mahdollisesti avuksi ulkopuolista konsulttia. Konsultin käyttöä on käsitelty kirjan alkuluvussa ja valintaa sekä **konsulttisopimuksien* laatimista osassa III.



6. Näytön antaminen

‘Näytön antaminen’ eli oman toimintajärjestelmän laadun osoittaminen ulkopuolisille – lähinnä ostajille – on voinut olla tavoitteena jo alun pitäen, polun alussa tehdyn tilannearvioinnin tuloksena (esimerkiksi ostajan vaatimus, kilpailuedun hankkiminen tms.). Miten silloin näyttö annetaan? Usein ostajan vakuuttamiseen riittää oman toimintajärjestelmän kuvauksen eli laatukäsikirjan tai sen joidenkin osien antaminen ostajan käyttöön. Tätä ennen tarkistetaan itse, että laatukäsikirjassa on kuvattu, miten ostajan määrittelemät vaatimukset täytetään. Kyse voi olla esimerkiksi määriteltyjen kriteerien sisältymisestä prosessi- tai tuotekuvauksiin, laatumittarien tai muiden seurantakäytäntöjen hallinnasta ja niiden tuloksista.

Vaativampaa näyttöä varten tarvitaan ulkoinen arviointi. Arvioinnin voi tehdä ostaja itse käymällä palvelun tuottajan luona, jolloin tuloksena on yhteistyösopimus tai pääsy ostajan ‘listoille’. Tällaista arviointimenettelyä ei kuitenkaan monilla ostajilla ei ole, joten tässä vaiheessa päädytään hankkimaan laatu-tunnus tai sertifikaatti osoitukseksi ulkoiseen arviointiin osallistumisesta. Ulkoinen arviointi on jo alunperin voinut sisältyä valittuun menetelmään.

Tunnustusten hakemismenettely ja ajankohta riippuu valitusta menetelmästä tai kriteeristöstä. **Palvelujärjestelmän laadunkehittämishjelmassa ja auditoinnissa* (King’s Fund -menetelmässä) ulkoisen arvioinnin jälkeen saa raportin omista vahvuuksista ja kehittämiskohteista ja laaduntunnustuksen, kun täyttää kriteerit. Muissa menetelmissä, esimerkiksi **ISO 9000* -sertifioinnissa, tunnustusta tai sertifikaattia voidaan hakea itse valittuna ajankohtana. Eri menetelmien mukaan sertifioivat tai tunnuksen myöntävät tahot on esitetty näiden menetelmien kuvausten yhteydessä. Yleensä myönnetty tunnustus tai sertifikaatti on voimassa määrääjän ja edellyttää tietyin väliajoin tehtäviä sisäisiä arviointoja (auditointeja) sekä määrääjain toistuvia seuranta-arviointoja. Kaikissa menetelmissä ulkoisen arvioinnin kustannukset määräytyvät pääasiassa tarvittavan arvioijamäärän käynnistä syntyvinä kustannuksina. **Suomen laatupalkintokilpailussa* vain voittajat saavat todistuksen, muut kilpailuun osallistuneet arviointiryhmän kirjallisen raportin. Raportti on tarkoitettu sisäiseen kehittämiseen, mutta mi-

kään ei estä käyttämästä sitä myös ostajan vakuuttamiseen. Pienemmissä laatupalkintokilpailuissa kirjallista arviointiraporttia ei aina saa.

Entäs sitten?

Oman laatujärjestelmän jatkuva kehittäminen

Tulevaisuuden visiot riippuvat polun valinnan lähtötilanteesta. Usein ‘näytön tielle’ ei ole tarvinnut lähteä ‘yhtäkkisesti ja valmistautumatta’, vaan laatujärjestelmän rakentaminen ja dokumentointi on ollut vain pitempään jatkuneen laatu-työn kokoava askel. Tällöin katse voidaan suunnata nykyisen järjestelmän kehittämiseen ja ennen kaikkea siitä saatavan hyödyn realisoimiseen. Kokemukset osoittavat, että nopeimmin näkyvät hyödyt systemaattisesta laaturyöstä saadaan asiakastyytyväisyyden parantumisenä, henkilöstön tyytyväisyyden lisääntymisenä ja prosessien hallinnan kehittymisenä. Taloudelliset vaikutukset näkyvät yleensä vasta pidemmän ajan kuluttua.

Vertailut muihin

Organisaatiossa saatetaan kiinnostua **vertailukehittämisestä (benchmarking)*. Tällöin etsitään samantyyppinen organisaatio ja sovitaan yhteistyöstä sen kanssa. Hyviä kokemuksia on saatu sosiaali- ja terveydenhuollossakin vertailukehittämisestä myös oman toimialan ulkopuolisten kanssa. Yhteistä voi löytyä yllättäviltäkin tahoilta, sillä laadunhallinnan haasteet ovat hyvin samantapaisia. Esimerkiksi Laatukeskuksella on monilla paikkakunnilla Benchmarking-jaostoja, joihin voidaan liittyä.

Osallistuminen laatupalkintokilpailuun tai sertifikaatin hakeminen

Jos näytön antamiseen ei ole vaadittu sertifikaattia tai muuta laaturunnusta, se voi olla seuraava kehittämisvaihe. Usein myös itsearviointien tekeminen on osoittanut, että oma laadunhallinnan järjestelmä onkin varsin kehittynyt tai on tuntunut siltä, että tarvitaan haastava tavoite laaturyöskentelyn edelleen kehittämiseen. Tavoitteeksi voidaan asettaa myös osallistuminen laatupalkintokilpailuun. Tällä hetkellä laatupalkintokilpailuja järjestetään monissa sairaanhoitopiireissä. Esimerkki ammattijärjestön kilpailusta on Fysioterapian laatupalkinto. Edellä mainittuja voi ajatella askeliksi kohti kaikkein vaativinta eli kilpailua Suomen Laaturunninnosta, johon osallistuminen käytännössä edellyttää varsin pitkäaikaista – tai todella intensiivistä – laadun kehittämistyötä. Riittävän pitkälle sekä ajallisesti että vaatimustason suhteen asetettu tavoite on kuitenkin erittäin motivoiva. Laatuolitiikkaan kirjattuna se myös suuntaa laaturyötä, auttaa laaturyössä etenemisen arviointia ja ohjaa siihen panostettavia voimavaroja.

Laatumittareiden ja laatutyökalujen jatkuva kehittäminen

Kokonaisvaltaista laadunhallinnan järjestelmää rakennettaessa tunnistetaan lähes aina tarpeita käytännön laatutyökalujen kehittämiseen. Erityisesti tämä näkyy silloin, kun kokonaisjärjestelmän rakentamisen motiivina ja käynnistäjänä on ollut ulkoinen ‘pakko’, osoittamisen tarve ja päähuomio on ollut järjestelmän rakentamisessa ja kuvaamisessa. Käytännön **laatutyökalut* on tarkoitus ottaa käyttöön aina silloin, kun on tunnistettu laatuongelmia ja halutaan hakea niille toimiva ratkaisu nopeasti ja tehokkaasti. Organisaation sisäinen kommunikaatio helpottuu, kun kaikilla työntekijöillä on käytössä samat työkalut ja taito käyttää niitä itsenäisesti. Toinen kehittämistarve tunnistetaan usein projektiosaamisessa. Projektityöskentelyn taidoissa saatetaan huomata tehostamisen varaa silloin, kun vaikkapa tämä ‘näytön tie’ on toteutettu projektina. Projektiosaamisen ja laatutyökalujen opetteleminen yhdistyy luontevalla tavalla, jos seuraavana vaiheena lähdetään projektipolulle.

Laatumittareita tarvitaan kaikissa kokonaisvaltaisissa laadunhallinnan järjestelmissä. Niiden avulla seurataan ja arvioidaan, missä mennään asetettuihin laatu-tavoitteisiin nähden. Oman seurannan ja kehittämistyön lisäksi ne ovat välttämättömiä näytön antamisessa ulkopuolisille. Niiden olemassaolo on myös vaatimuksena silloin, kun haetaan ulkopuolisen tahon antamaa todistusta. Vaikka organisaatiolla olisi jo joitakin mittareita käytössä, näytön tiellä tunnistetaan parantamisen varaa mittareissa lähes poikkeuksetta. Luonnollinen seuraava vaihe on siirtyä mittaripolulle, jonka yhteydessä mittarien kehittämistä on kuvattu melko laajasti. Liikkeelle voidaan lähteä myös asiakaspalautepolun kautta. Siitä saa tukea asiakaspalauteen hankinnan kehittämiseen, asiakastyytyväisyysmittareiden laadintaan ja asiakaspalautejärjestelmän rakentamiseen.

Vielä mietittäväksi

Kun palvelun tuottajalla on useampia ostajia, päänvaivaa tuottaa se, että kaikilla saattaa olla erilaisia ostopalvelukriteeristöjä ja arviointimenettelyjä. Tällaisessa tilanteessa kannattaa entistä enemmän miettiä, miten itse halutaan omassa organisaatiossa toimittavan ja tehdä toiminta omalla tavallaan näkyväksi. Mitä varmemman tuntuinen oma perusta on ja sen avulla pystyy seisomaan omien näkemyksiensä takana, sitä helpompaa on “kumarrella eri suuntiin”, tyydyttää eri tahojen odotukset.

Lähdettiinkö polulle ulkopuolisesta näyttövaatimuksesta ja aiheutuiko siitä kiire saada nopeasti jotain näkyväksi? Kun näin tapahtuu, kannattaa organisaatiossa tehdä kaikille selväksi, että laatutyössä edetään kahdessa vaiheessa. Ensin keskitytään vain ulkoisiin paineisiin vastaamiseen eli tunnistetaan, kuvataan ja dokumentoidaan nykyiset käytännöt. Vasta toisessa vaiheessa panostetaan oman työn laadun ja organisaation muun laadunhallinnan kehittämiseen, esimerkiksi laadunparannusprojekteihin, asiakaspalauteen hankintaan satsaamiseen tai hyvien toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Kun kahdessa luon-

teeltaan erilaisessa vaiheessa eteneminen on kaikille alusta alkaen selvää, ei synny ristiriitaisia odotuksia tai pettymyksen tunteita siitä, ettei päästykään kiinni oman työn laatu- ja määräkulmiin.

Mitä laatujärjestelmää rakentaessa ei kannata tehdä? Laatujärjestelmän dokumentointi ja kehittäminen on iso urakka ja matkalla voi kompastua moneen kuoppaan. Kokeneet laatujärjestelmäkonsultit Ritola ja Moisio (1998) antavat ohjeita niiden varalta:

Laatujärjestelmää rakentaessa ei kannata

- ☐ urauttaa toimintaa tai järjestelmää standardin mukaiseksi
- ☐ delegoida johdon tehtäviksi kuuluvia kuvauksia ja määrittelyjä muiden kuin johdon tehtäväksi
- ☐ jättää huomioimatta saavutettu välietapit tai onnistumiset
- ☐ pyrkii liian tarkkoihin kuvauksiin tai ohjeistaa asioita, jotka olisi parempi saattaa henkilöstön tietoon kouluttamalla
- ☐ laatia kuvaukset pienellä ryhmällä, jolloin henkilöstö ei pääse vaikuttamaan omaa työtään koskeviin kuvauksiin – kuvaukset jaetaan heille valmiina ja sanotaan, että näitä nyt sitten noudatetaan
- ☐ jättää alussa liian vähälle pohdinnalle kuvausten järjestelmätasoa, esittämistapaa, luettavuutta ja sisältörunkoa
- ☐ suhtautua laadunkehitystyöhön kuin projektiin, joka tulee valmiiksi tiettyyn päivämäärään mennessä; kehitystyö on kuitenkin hyvä jakaa vaiheisiin ja välitavoitteisiin
- ☐ jättää tekemättä kehittämistyön kokonaissuunnitelmaa, josta jatkuvasti ilmenee, mitä on tehty, mitä ollaan tekemässä ja mitä vielä on tekemättä – muuten kehityskohteet jäävät irrallisiksi asioiksi eikä kokonaisuus hahmotu niistä.

(Ritola O, Moisio J. 1998)

Vaikka näytön antamisesta jollain tietyllä tavalla käynnistynyt laatutyö koettaisiinkin ‘pakkotyön’ tekemisenä, on hyvä pitää mielessä, että se useimmiten koituu lopulta omaksi hyväksi. Päättävöitteeksi kannattaa asettaa oman toiminnan kehittäminen, jolloin vältetään siltä, että tehty arvokas toiminnan dokumentointi jää vain hyllyllä seisovaksi muistoksi. Oman toimintajärjestelmän dokumentointi on laatutyössä keskeistä ja kaikille laatutyötä tekeville tärkeää. Toisaalta ei saisi tuudittautua ajatukseen, että pelkkä dokumentointi takaa hyvän laadun!

Näytön menetelmää valittaessa on kriittisyys kuluttajana tarjottua menetelmää kohtaan on paikallaan! Kannattaa ottaa selvää eri menetelmistä, verrata niitä toisiinsa ja omiin tarpeisiin. Yhteyden ottaminen menetelmän käyttäjiin voi tuoda arvokasta tietoa menetelmän hyödyistä ja soveltamisen karikoista. Sitä kautta voi löytyä myös mahdollisuus **vertailukehittämiseen*.

Lähteitä

- Aho H. Patologian laboratorioden laatujärjestelmät. Teoksessa: Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssan Kirjapaino Oy. Forssa 1999
- Akkreditointiasetus 1568/1991.
- Anttalainen E. ISO 900 -laatujärjestelmä. Teoksessa: Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssan Kirjapaino Oy. Forssa 1999.
- Antti-Poika M, Outinen M. Työterveyshuollon toimintajärjestelmä ISO 9001 -standardin mukaan. Työterveyslaitos, Helsinki 1997.
- Holma T, Outinen M, Haverinen R. PIENET – kohti laatujärjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksintoimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Helsinki 1997.
- Holma T. ITE-menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1997.
- Idänpään-Heikkilä U. King's Fund menetelmään perustuva terveydenhuollon palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelma ja auditointi. Teoksessa: Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssan Kirjapaino Oy. Forssa 1999
- Kaartamo P, Liukka M, Savikurki S, Staf P, Åberg H. Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden hankinta, käyttö ja ylläpito. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/1997. Lääkelaitos, Helsinki 1997.
- Kelan kuntoutusprosessin standardi. Versio 2/25.5.1997.
- Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinnällisen avokuntoutuksen standardi. Versio 1/20.10.1998
- Laatu kunnallisten palvelujen hankinnassa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1994.
- Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Suomen Lääkäriliitto. Forssan Kirjapaino Oy. Forssa 1999.
- Moisio J. Palvelualojen laatujärjestelmät ja ISO 9000. SFS-Tiedotus 5/96:25–26.
- Moisio J. ISO 9000 uudistuu. Toisen sukupolven laatujärjestelmästandardit tulossa. Laatuviesti 5/1998:24–25.
- Moisio J, Ryytänen S. Perustiedot ISO 9000 -laatujärjestelmistä. SFS-Tiedotus 5/96:18–21.
- Päivähoidon laadun arviointiperusteet. Virikkeitä sisäiseen arviointiin ja kehittämiseen. Lapsi ja laatu -hanke. Efektia Oy, Helsinki 1999.
- Ritola O, Moisio J. Miten kehittää toimiva laatujärjestelmä? SFS-Sertifiointi Oy. Helsinki 1998.
- SFS-EN ISO 9004-2. Laatujohtaminen ja laatujärjestelmien rakenneosat. Osa 2: Suuntaviivat palveluille.
- Laadunhallintajärjestelmät. Vaatimukset. ISO/CD1 9001:fi. Komitealuonnos. Suomen Standardisoimisliitto 1998.
- Sluijs E, de Bakker DH, Dronkers J. Kokemuksia laatujärjestelmän rakentamisesta Hollannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1995:2. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1995.
- Suomen Laatupalkinto, PK-arviointiperusteet 1999. Laatukeskus, Helsinki 1999.
- Tavoitteena erinomainen kilpailukyky. Suomen laatupalkinnon arviointiperusteet 1999. Laatukeskus, Helsinki 1999.
- Taipale E, Outinen M, Mäkelä M. Missä mennään erikoissairaanhoidon laadunhallinnassa 1997? Aiheita 16/98. Stakes. Helsinki 1998.
- Terveydenhuolto 2000-luvulle. Terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpano. Oppaita 1998:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1998.

OSA III

Menetelmät ja työkalut

Tässä osassa esitellään sellaisia laatutyön menetelmiä, malleja, tekniikoita ja muita apukeinoja, jotka tähdellä (*) merkittynä ja kursiiivilla kirjoitettuna on mainittu kirjan seitsemällä polulla. Kuvaukset ovat pääpiirteisiä. Niiden avulla saa kuitenkin käsityksen, mihin menetelmää tai työkalua voi käyttää. Joidenkin menetelmien ja työkalujen yhteydessä on esitetty lähteet, joskin niihin on useimmin viitattu kunkin polun lähdekirjallisuuden yhteydessä. Menetelmät ja työkalut on esitetty aakkosjärjestyksessä käyttäen tekstissä mainittuja nimiä.

Asiakaspalautemenetelmät
Balanced Scorecard
Cochrane-tietokanta
ISO-laaturjestelmä ja sertifikaatti
ITE – työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä
Kelan standardit ja niihin perustuvat arviointimenettelyt
Konsulttisopimus
Laadunhallintasuosikset
Laatukäsikirja
Laatutyökalut
Laboration akkreditointi
Laboration laaduntarkkailukierrokset
Mind map-tekniikka
Palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelma ja auditointi
Palvelusitoumus
Patologian laatutunnus
PIENET-laaturjestelmä
QFD eli Quality Function Deployment
Suomen laatupalkinto
SWOT-analyysi
Tuplatiimi
Valtionkonttorin veteraanikuntoutuksen tarjouskilpailumenettely
Vertailukehittäminen (benchmarking)

Asiakaspalautemenetelmät

Tähän on koottu esimerkkejä erilaisista asiakaspalautemenetelmistä. Ryhmittely on sama, jota on käytetty asiakaspalautepolun (Polku 1) tekstissä, kun kuvattiin eri menetelmien antaman palautetiedon luonnetta. Esimerkkiluetteloa voi käyttää etsiessään aihetta koskevaa kirjallisuutta. Tärkeimmät lähteet on mainittu polun lähteissä.

a) Laadullisia (kvalitatiivisia) menetelmiä

- ☐ yksilöhaastattelut: teemahaastattelu, kriittisten tapahtumien analysointi, prosessi-analyysihaastattelu, lähtöhaastattelu, potilaan kertomukset
- ☐ ryhmähaastattelut: kohderyhmähaastattelu, fokus-ryhmä, asiakasneuvostot ja -raadit, asiakkaiden kuulemistilaisuudet, potilaskokoukset
- ☐ havainnointimenetelmät: havainnointi tarkistuslistan avulla, havainnointi videoimalla, osallistuva havainnointi/koeasiointi, esimiehen 'jalkautuminen', passiivinen havainnointi, palaute palvelukontaktien yhteydessä, päiväkirjan pitäminen

b) Määrällisiä (kvantitatiivisia) menetelmiä

- ☐ kirjalliset lomaketutkimukset ja -kyselyt (ml. tyytyväisyysmittaukset)
- ☐ puhelinhaastattelut

c) Palautemenetelmiä, joilla asiakas tuo itse mielipiteensä esiin

- ☐ kirjalliset ja suulliset valitukset, potilasasiamieheen otetut yhteydet
- ☐ aloite- ja palautelaatikot, palautepuhelin
- ☐ lehtikirjoitukset

d) Asiakkaat aktiivisina osallistujina

- ☐ laatupeli
- ☐ asiakkaat/potilaat opettajina
- ☐ asiakkaiden/potilaiden oma laatupiiri, asiakaskeskeinen toiminnan kehittäminen (Quality Function Deployment, QFD)
- ☐ asiakkaiden tai heidän järjestöjensä edustajien tekemät arviointikäynnit

e) Epäsuoria menetelmiä

- ☐ kävelymenetelmä
- ☐ potilasdokumentit ja -asiakirjat, toimintatilastot
- ☐ palvelujen kysyntä, keskeytyneet hoitojaksot tai tehdyt peruutukset, odotus- ja jonotusaikojen seuranta
- ☐ palvelujen käyttäjän maksajalle/ostajalle antama palaute.

Balanced Scorecard

Balanced Scorecard-malli (BSC) on kehitetty yrityksen strategisen päätöksenteon tueksi. Jos tähän asti yrityksen toimintaa on mitattu pelkästään markoissa, nyt rinnalle nostetaan strategisesti tärkeät osa-alueet kuten asiakastyytyväisyys, henkilöstön sitoutuminen ja ammattitaito (osaaminen).

BSC on parhaimmillaan yrityksen kokonaisvaltainen johtamisjärjestelmä, jolla sen visiot konkretisoidaan strategioiksi ja mitattaviksi toimenpideohjelmiksi sekä tavoitteiksi. Johtamisjärjestelmänä Balanced Scorecardiin kuuluu neljä tärkeää prosessia:

-
1. Vision ja strategian selkiyttäminen
 2. Strategisten tavoitteiden viestittäminen
 3. Suunnittelu, tavoitteiden asettelu ja strategisten aloitteiden suuntaaminen
 4. Strategisen palautteen ja oppimisen korostaminen.

BSC voi auttaa yritystä keskittymään oikeisiin asioihin. Mittarit voivat kuitenkin osoittautua jopa vaaralliseksi, mikäli niitä ei osata kytkeä strategiaan oikein. Johto ryhtyy automaattisesti toimenpiteisiin, kun mittarit osoittavat kehityksen kulkevan väärään suuntaan pohtimatta asiaa tarkemmin. Vaarana on tällöin, että hyvä strategia pilataan huonoilla mittareilla. Sudenkuoppana saattaa olla myös liian runsas mittaristo. BSC voidaan ja se tulisi integroida olemassaoleviin johtamisjärjestelmiin niin, ettei rakenneta järjestelmää järjestelmän päälle muistaen, että vanhoista, tarpeettomista mittareista voidaan luopua!

Balanced Scorecardia on moitittu tekniseksi mittaristoksi, joka ei sen vuoksi palvele suomalaista julkishallintoa. Balanced Scorecardista onkin kehitetty julkishallintoon versio, jota kutsutaan nimellä Tasapainoinen onnistumisstrategia.

Lähde: Määttä S, Ojala T. Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtionvarainministeriö. Edita. Helsinki 1999.

Cochrane-tietokanta

Cochrane-tietokanta on Cochrane-yhteistyössä laadittu kokoelma systemaattisia kirjallisuuskatsauksia terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta. Systemaattiseen katsaukseen etsitään kattavilla hauilla tutkimuksia jostakin tietystä kysymyksestä. Tutkimukset arvioidaan ja kootaan yhteen. Cochrane-tietokanta ilmestyy osana Cochrane-kirjastoa, jolla on myös muita tietokantoja terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta. Cochrane-kirjasto julkaistaan elektronisessa muodossa CD:llä tai Internetissä, ja se päivitetään neljä kertaa vuodessa uudella tutkimustiedolla. Cochrane-kirjasto on tehokas tietolähde, kun etsitään tietoa hoidon vaikuttavuudesta. Lisätietoja Cochrane-yhteistyöstä löytyy Internetistä osoitteesta www.cochrane.org.

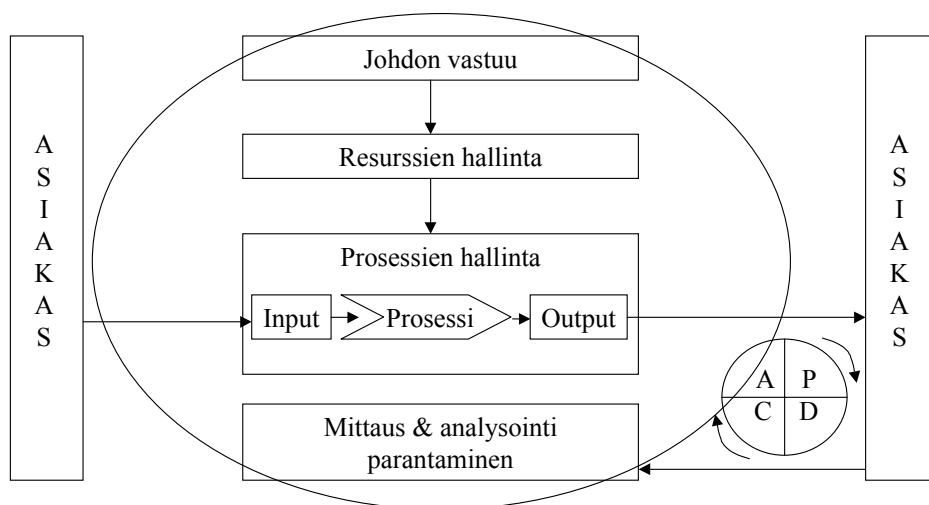
Lisätietoja: LL, erikoistutkija Helena Varonen, Stakes, p. 09-3967 2291 tai e-mail: helena.varonen@stakes.fi.

ISO-laatuja järjestelmä ja sertifikaatti

Laadunhallinnan ISO 9000 -standardisto on kansainvälinen standardisarja, joka on laadittu organisaatioiden toiminnan ohjaamista ja kehittämistä varten. Standardit sisältävät suosituksia ja vaatimuksia tehokkaan laatuja järjestelmän rakentamista varten. Tärkeimmät standardit ja niiden käyttötarkoitukset:

SFS-EN ISO 8402:	sanasto, joka kertoo, mitä laatuajan sanoilla tarkoitetaan
SFS-EN ISO 9000-1:	kertoo koko sarjan yleiset periaatteet, esittelee sarjan muut standardit ja sisältää niiden valinta- ja käyttöohjeita

SFS-EN ISO 9004-1:	sisältää laadunhallintaa ja laatujärjestelmää koskevia ohjeita ja siinä kerrotaan, mistä osista laatujärjestelmä on hyvä rakentaa
SFS-EN ISO 9004-2:	antaa laadunhallintaa koskevia lisäohjeita erilaisille palvelualan organisaatioille
SFS-EN ISO 9004-4:	antaa suuntaviivoja laadun parantamiselle ja esittelee erilaisia laatu työkaluja
SFS-EN ISO 9004-5:	antaa ohjeita laatusuunnitelmien tekemiseen
SFS-EN ISO 9001 ja 9002:	käytetään, kun tarvitaan näyttöä kyvystä tuottaa vaatimusten mukaista laatua (ns. sertifiointistandardit)
SFS-EN ISO 10 011 (-1, -2, -3):	koskevat auditointia
SFS-EN ISO 10012:	koskee mittauslaitteita ja niiden laadunvarmennusta
SFS-EN ISO 10013:	antaa ohjeita laatu käsikirjan tekemiseen



Kuvio 11. Uuden ISO 9000-standardin prosessimalli.

nossapito, siivous jne.). Laatujärjestelmää rakennettaessa määritellään ja dokumentoidaan yksikön/yrityksen organisaatio vastuineen ja valtuuksineen, tuotteiden ja palvelujen laatukriteerit, resurssien hallinta, käytössä olevat menetelmät, työprosessit ja hoitoketjut sekä erilaisen palautteiden käsittely. Keskeinen merkitys on johdon määrittelemillä laatuperiaatteilla ja laadukkaan toiminnan tavoitteilla, joiden toteutumista seurataan organisaatiossa sovitulla mittareilla. Organisaation toimintajärjestelmän kuvauksen on tarkoitus olla johdonmukainen esitys eri prosessien sisällöstä eli toimintatavoista eikä vastauksia standardin eri kohtiin ilman yhteyttä todelliseen toimintaan.

Laatujärjestelmän sertifiointin kriteereinä käytetään vain standardeja ISO 9001, 9002 ja 9003. Laatujärjestelmän arviointi- ja sertifiointiprosessi alkaa yleisinformaation antamisella organisaatiolle (muun muassa kysymyssarja itsearviointiin) ja organisaatiossa järjestettävällä informaatiotilaisuudella. Organisaatio tekee hakemuksen sertifiointivälille elimelle (Suomessa mm. SFS-Sertifiointi Oy, DNV Certification Oy/Ab ja BVQI, Bureau Veritas Quality International Finland) ja lähettää sinne laatukäsikirjan, muun tarvittavan aineiston ja täyttämänsä kysymyssarjan. Suunnittelukokouksessa organisaatio saa palautteen kirjallisesta aineistostaan tehdystä arvioinnista ja arviointiohjelma laaditaan yhdessä. Tässä vaiheessa voidaan tehdä ennakoarviointi, jos organisaatio haluaa. Seuraavana vaiheena on organisaatiossa paikan päällä tapahtuva arviointi, jolloin sen käytännön toimia verrataan standardin vaatimuksiin ja siihen, miten organisaatio on ilmoittanut toimivansa. Laatujärjestelmän arvioinnin tekee ryhmä koulutettuja ja pätevyityneitä arvioijia, joilla on myös asiantuntemusta sertifiointia hakevan organisaation toimialueelta. Arvioijaryhmän suuruus ja arviointikäynnin kesto riippuvat yrityksen koosta. Mikäli arviointikäynnin yhteydessä havaitaan puutteita, organisaatio korjaa ne ja toimittaa sertifiointivälille näytön niiden toteuttamisesta. Sertifikaatti on voimassa määrääjän ja sen voimassaolo edellyttää vuosittain tapahtuvia, suppeampia seuranta-arviointoja.

Lähde: mukaellen Anttalainen 1999; teoksessa Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Helsinki 1999.

ITE – työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä

Työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä (ITE) on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiden käyttöön. Siitä on tehty myös versio, jota voidaan käyttää muissakin julkisella tai yksityisellä sektorilla toimivissa työyksiköissä (toimisto- tai asiantuntijatyö). Tämä yksinkertainen ja helppokäyttöinen menetelmä on eri koulukunnista riippumaton. Kuitenkin ITE-menetelmän ja muiden järjestelmien välille on luotu yhteydet niin, että eteneminen kohti laajempia laadunhallinnan menetelmiä on mahdollista.

ITE-menetelmään kuuluu 25-kohtainen arviointilomake, yhteenvetolomake arviointitulosten analysoimiseksi sekä jatkosuunnittelulomake tarvittavien kehittämistoimien kirjaamiseksi. Arviointiasteikko on 0–4. Nolla tarkoittaa: arvioitava asia ei ole toteutunut, neljä tarkoittaa, että asia toimii täysin. Lisäksi on mahdollista käyttää kohtaa: en osaa sanoa. Arvioitavat alueet ovat pitkälti samat kuin muissakin laadunhallintakriteeristöissä. Johtaminen, yksikön perustehtävä, prosessien hallinta, erilaisten asiakkaiden huomioon ottaminen sekä palvelujen seuranta, mittaaminen ja arviointi ovat esimerkkejä itsearvioinnin kohteista.

ITE-arvioinnin kulku voi tapahtua seuraavasti:

- ☐ kukin työntekijä täyttää ensin arviointilomakkeen itsenäisesti,
- ☐ työntekijöiden arvioinneista laaditaan yhteenveto, lasketaan vastausten keskiarvot ja muut tarvittavat tilastolliset tunnusluvut,
- ☐ keskustellaan yhdessä arvioinnin tuloksista, mahdollisista tulkintaeroista tai termien ymmärtämisestä, katsotaan, miten arvoinnit ovat jakautuneet ja pohditaan, miten asiat meillä ovat toteutuneet. Selvitetään myös, mikä on syynä erilaisiin käsityksiin,
- ☐ arvioidaan pahimmat laatupuutteet ja todetaan toiminnan parantamisalueet,
- ☐ suunnitellaan ja kirjataan parannustoimet: mitä pitäisi tehdä, missä aikataulussa, kuka tekee...
- ☐ toteutetaan suunnitellut parannustoimet ja arvioidaan tilanne uudestaan.

Työyksikön itsearvioinnista hyötyvät sekä työntekijät että esimies. Työntekijät saavat lisää tietoa oman yksikön toiminnasta ja pääsevät näkemään koko kokonaisuuden, ei vain oman asiakastyön osuutta. Esimies saa tarkistuslistan niistä asioista, joiden pitäisi työyksikössä olla kunnossa. Samalla hän saa käsityksen omien työntekijöidensä tiedoista työyksikön yhteisen toiminnan suhteen. Kaikki yhdessä saavat kartoitetuksi vahvuutensa ja parantamisen tarpeessa olevat toiminta-alueet. ITE -menetelmä tarjoaa mahdollisuuden saada ote laadusta. Sitä käytetään usein ensi askeleena ja henkilökunnan valmentajana laadun kehittämisen tiellä.

Lisätietoja: tupu.holma@kuntaliitto.fi, puh. 050 2235 tai faksi (09) 771 2652.

Kelan standardit ja niihin perustuvat arviointimenettelyt

Kela on laatinut kaksi kuntoutukseen liittyvää standardia: toisen laitospääntoutukseen (Kelan kuntoutusprosessin standardi. Versio 2/25.5.1997) ja toisen vaikeavammaisten avokuntoutukseen (Kelan järjestämän vaikeavammaisten lääkinällisen avokuntoutuksen standardi. Versio 1/20.10.1998). Niissä määritellään varsin yksityiskohtaisesti kuntoutusjakson toteuttamiseen liittyviä vaatimuksia, jotka palvelun tuottajan on täytettävä. Joitakin tyypillisiä kuntoutuslaitosjaksoa koskevia vaatimuksia laitospääntoutusstandardista: lääkäri suorittaa kliinisen tutkimuksen ensimmäisenä varsinaisena kuntoutuspäivänä; erityisruokavalio järjestetään sitä tarvitseville; kuntoutusjakson tuloksellisuus arvioidaan käyttämällä kliinisiä arviointeja ja yleisesti hyväksytyjä kuntoutuskäyttöön otettuja mittareita

Vaatimuksia esitetään myös laitoksen muulle toiminnalle: palvelun tuottaja noudattaa markkinoinnissa Kelan kanssa sovittuja periaatteita; toimittaa vuosittain pyydetty tiedot Kelan ylläpitämään laitos-tiedostoon; laitteiden huollosta ja käyttövarmuudesta huolehditaan riittävästi; kuntoutuspalvelun tuottaminen on dokumentoitu.

Kriteerien täyttäminen on ehto päästä hyväksytyksi palvelujen tuottajaksi. Vuosittaisen tarjouskilpailun yhteydessä palvelujen tuottajan on esimerkiksi tuotekuvauksilla osoitettava, miten kriteerit täyttyvät. Kehitteillä on myös arviointikäyntimenettely, jossa Kelan asiantuntijat tekevät arviointikäynnin palvelujen tuottajan luokse. Käynnin yhteydessä pyritään selvittämään, toteutuvatko Kelan standardin vaatimukset käytännössä.

Konsulttisopimus

Ennen kuin organisaatio pohtii ulkopuolisen konsultin hankkimista, on syytä tunnistaa ja analysoida huolella omat tarpeet sekä paikantaa ne asiat, joihin konsulttia tarvitaan ja mitä häneltä halutaan. Saattaa olla hyödyllistä kirjata nämä yhteisesti ylös, jolloin kaikki tietävät, mistä ulkopuolisen avun hankkimisessa on kysymys. Seuraavaksi on tarpeen varmistaa hyvän konsultin saaminen eriteltyihin tarpeisiin. Konsultit on syytä kilpailuttaa pyytämällä tarjoukset ja varmistaa, että on yhteinen ymmärrys siitä, mihin konsulttia käytetään. Ongelma on määriteltävä rehellisesti, luotava selkeät tavoitteet ja tehtävä tarvittavat rajaukset konsultoinnin ytimen kirkastamiseksi. On tarpeen sopia säännöt, joita noudatetaan tehtäväjaosta, vastuista, kustannuksista ja tuloksista.

Olennaista on varmistaa konsultin osaamisen alueet: sosiaali- ja terveysalan laadunhallinnan tuntemus, käytettävän menetelmän tuntemus, kokemus samantyyppisistä organisaatioista, muiden kokemusten selvittäminen, konsultin ajankäyttömahdollisuudet eli onko hänellä sitoumuksia muualle siinä määrin, etteivät aikataulut ole realistisia. Työ on syytä ohjelmoida ja vaiheistaa, sopia käytettävä työaika, menetelmät, laskutus ja lisätyön hinnoittelu. Omassa organisaatiossa on varattava laadunhallintahankkeeseen sekä johdon että henkilöstön työaika. Konsultin työtä on tarpeen johtaa eli seurata ja todeta vaihe vaiheelta työn eteneminen ja toteutuneen työn hyväksyminen jatkon pohjaksi. Myös työohjelmaan tehdyt muutokset on todettava ja kirjattava. Konsultin tekemä työ on arvioitava ja hyväksyttävä tilaajan puolelta. Siksi on alussa syytä sopia, millainen tilanne on osoitus tavoitteisiin pääsemisestä eli sopia yhteisesti tulostavoitteesta. Lisäksi on sovittava jälkiseurantakeskustelu, jossa todetaan prosessin eteneminen tilanteessa, jossa konsultti on irrottautunut.

Konsulttisopimuksen keskeisiä osioita voivat olla mm.

- ☐ selkeät tavoitteet ja niiden kohdentuminen
- ☐ rajaukset
- ☐ konsultin ja asiakkaan työnjako ja vastuut, johtaminen ja seuranta vaihe vaiheelta
- ☐ työohjelma ja aikataulut sekä menettelt niiden muuttamiseen
- ☐ organisointi
- ☐ käytettävät työmenetelmät ja niiden tarvitsemat resurssit
- ☐ hinta ja sen määräytyminen
- ☐ oikeudet tehtyyn työhön ja sen hyödyntämiseen
- ☐ konsultin työn arviointi- ja hyväksymismenettely tilaajan puolelta
- ☐ jälkiseurantakeskustelu.

Konsulttisopimus voi tilaajan tarpeista riippuen olla edellä kuvattua suppeampikin. Mitä isommasta ja pitempiketoisesta sopimuksesta on kyse, sitä yksityiskohtaisemmin listalla mainitut asiakohdat kannattaa ottaa mukaan. Kirjallisen konsulttisopimuksen laadinta pienemmistäkin hankkeista on tärkeä oppimistapa. Kun isompi hanke joskus myöhemmin tulee ajankohtaiseksi, osataan sopimus laatia jo tottuneesti.

Laadunhallintasuositukset

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittymistä ohjataan ‘tiedolla ohjaamisen keinoilla’ (informaatio-ohjaus) eikä lainsäädännöllä tai muulla sitovalla

ohjauksella kuten monessa muussa Euroopan maassa. Suositukset ovat tiedolla ohjaamisen keskeinen keino. Ensimmäinen suositus *'Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa'* valmistui 1995. Sen jälkeen on laadittu vastaava suositus myös koko julkisten palvelujen sektorin varten (Julkisten palvelujen laatustrategia 1998) ja sitä on vahvistettu Valtioneuvoston periaatepäätöksellä (Laadukkaat palvelut ... 1998). Sosiaali- ja terveydenhuollon suositus ilmestyi uudistettuna keväällä 1999 (Sosiaali- ja terveydenhuollon ... 1999). Lähes kaikki suositukset ovat ilmestyneet myös ruotsin- ja englanninkielisinä.

Tärkeimmät sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat laadunhallintasuositukset on tässä esitetty lähdeluettelon tapaan aakkosjärjestyksessä.

- ☐ Hoitotyön suunta – strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Toim. Perälä M-L. Hoitotyön projektiryhmä. Stakes, Helsinki 1997.
- ☐ Julkisten palvelujen laatustrategia. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti. Suomen Kuntaliitto, Valtiovarainministeriö. Suomen Kuntaliitto 1998.
- ☐ Kaartamo P, Liukko M, Savikurki S, Staf P, Åberg, H. Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden hankinta, käyttö ja ylläpito. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/1997. Lääkelaitos, Helsinki 1997.
- ☐ Knuuttila J, Kylmälä K, Liukko M, Pommelin P. Suuntaviivoja terveydenhuollon laitteiden kalibroinnille. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/99. Lääkelaitos, Helsinki 1999.
- ☐ Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja kansalaisyhteiskunta. Hallintopolitiikan suuntaviivat. Valtioneuvoston periaatepäätös 16.4.1998. Helsinki 1998.
- ☐ Laadunhallinta kunnan ylläpitämissä ja hankkimissa terveyspalveluissa. Toim. Liukko M. Suomen Kuntaliitto 1998.
- ☐ Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes 1995.
- ☐ Pöyhönen I, Kylmälä K. Sähkökäyttöisten lääkintäjärjestelmien turvallisuus. Terveydenhuollon laadunhallinta. Lääkelaitoksen julkaisusarja 3/1998. Lääkelaitos, Helsinki 1998.
- ☐ Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Toim. Outinen M. ja Lindqvist T. Stakes 1999.

Laatukäsikirja

Laatukäsikirja on organisaation laatupolitiikkaan nojautuvan laatujärjestelmän yleinen kirjallinen kuvaus. Siinä kuvataan organisaatio, sen vastuut ja valtuudet sekä resurssit samoin kuin laatujärjestelmämenettelyt eli ne menettelytavat, joilla organisaatio toteuttaa laatupolitiikkaa ja laatujärjestelmää. Laatukäsikirjan tulisi olla samalla tavalla 'oman näköinen' kuin koko laatujärjestelmänkin. Perusajatuksena on kuvata niin yksikölle/organisaatiolle tai ammattihenkilöille itselleen kuin ulkopuolisillekin (asiakkaat, maksajat, muut sidosryhmät), miten juuri meidän organisaatiossamme toimitaan ja laatu hallitaan. Kuvaus kertoo aina tämänhetkisen tilanteen ja sitä muutetaan, kun laadunhallinnan järjestelmä kehittyy ja toiminta muuttuu.

Laatukäsikirjaan liittyy yhteisiä ja toimintokohtaisia toimintaohjeita (yleisiä kuvauksia menettelyistä), työohjeita (työpaikalla tarvittavia ohjeita) sekä laatu-tiedostoja

(järjestelmään kuuluvat rekisterit, tilastot ja muut asiakirjat). Nämä erilaiset ohjeet ja tiedostot voidaan kuvata joko laatukäsikirjassa tai erillisinä dokumentteina, joihin viitataan laatukäsikirjassa.

Kuvaus voidaan tehdä monella tavalla. Monessa organisaatiossa jo pitkään käytössä olleet perehdytyskansiot ja -oppaat muodostavat hyvän pohjan laatukäsikirjalle. Laatukäsikirja voi myös noudattaa **PIENET-laatujärjestelmän* mallia tai **ITE-itsearviointi-lomakkeen* kohtia. Jos laatujärjestelmä on rakennettu vastaamaan jotain tiettyä kriteeristöä, voidaan laatukäsikirja rakentaa siten, että se osoittaa, miten vaaditut kriteerit toteutuvat tai mistä vastaava tieto organisaatiossa on löydettävissä. Varsinkin sertifikaattia haettaessa voi ohjeena ja tukena laatukäsikirjan laatimisessa käyttää sertifiointi-standardeja (**ISO-laatujärjestelmät*) tai laatukäsikirjan laatimisen ohjearkistia (SFS-ISO 90013). Yhä useammin laatukäsikirjan rungon muodostavat prosessikuvaukset. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ne voivat olla erilaisten asiakasryhmien palvelujen tuottamisprosessien kuvauksia.

Uusiutuvan, vuonna 2000 voimaan tulevan ISO 9001-standardin perusrakenne kuvaa havainnollisesti keskeisiä laatukäsikirjassa dokumentoitavia asioita:

- ☐ johdon vastuut: politiikat, tavoitteet, toiminnan suunnittelu, laatujärjestelmän rakenne, johdon katselmus
- ☐ resurssien hallinta: henkilöresurssit, informaatio- ja perusrakenneresurssit
- ☐ prosessien hallinta: tuotteiden/palveluiden tuotantoprosessit, tuotekehitys, ostotoiminta, asiakassuhteen hallinta ja asiakastyytyväisyys
- ☐ toimintojen mittaus, analysointi ja parantaminen: auditointi, prosessien valvonta, jatkuva parantaminen.

Patologian laatutunnusmenettelyyn liittyy laatukäsikirjaohje ja käsikirjamallit on olemassa myös laboratorioita varten (Suositus kliinisten laboratorioiden laatukäsikirjan laatimiseksi. Kliinisten laboratoriotutkimusten Laaduntarkkailu Oy. KP-paino, Kokkola 1995).

Laatutyökalut

Laatutyökaluilla tarkoitetaan tässä julkaisussa 'perustyökalupakkia', joka koostuu jatkuvan laadun parantamisen (Continuous Quality Improvement, CQI) menetelmään tai projektityöskentelyyn liittyvistä työkaluista. CQI- menetelmän tarkoituksena on toimintojen prosessien tehostaminen, jotta asiakkaiden niistä saama hyöty lisääntyisi ja hyödykkeiden laadun vaihtelu vähenisi. Työkalut eivät ole uusia keksintöjä, vaan ne on koottu muun muassa tilastotieteestä, tieteellisen tutkimuksen ja ryhmätyön menetelmistä. Monet niistä ovat graafisia tekniikoita, joilla havainnollistetaan ja tehdään näkyväksi niitä viestejä, jotka sisältyvät käytännön toiminnasta kerätyyn tietoon. Lähes kaikkia työkaluja voidaan käyttää muunkin kehittämistyön kuin laadun kehittämisen apuna.

Aivoriähi (brainstorming) on ryhmätyön tekniikka, jonka avulla tuotetaan mahdollisimman monta ideaa, kysymystä, ongelmaa tms. mahdollisimman lyhyessä ajassa. Aivoriähessä on kaksi vaihetta: ideoiden tuottaminen ja tuotettujen ideoiden selvittäminen.

Mittauskorttia (run chart, measurement chart) käytetään tutkittaessa prosessin toiminnassa esiintyvää vaihtelua eli variaatiota. Tätä varten tehdään mittauksia esimerkiksi tarkistuslistan avulla. Mittauskortilla esitetään vaihtelusta kerätty tieto visuaalis-

sa muodossa. Havaintoarvoja verrataan keskiarvoon tai mediaaniin. Mittauskorttia voidaan käyttää kehitystrendien tunnistamiseen, merkittävien poikkeamien tunnistamiseen tai vaihtelun syiden analysointiin. **Ohjauskortti** on mittauskortin kehittyneempi muoto, johon on tilastollisesti määritelty ylä- ja alavalvontaraja.

Paretoanalyysin avulla tunnistetaan ja valitaan tärkeimmät tekijät ('vital few') parantamistyön kohteeksi. Se perustuu taloustieteestä lähtöisin olevaan Pareto-periaatteen, jonka mukaan muutama harva syy aiheuttaa suurimman osan ongelmista tai vaikutuksista (ns. 20/80-sääntö). Analyysiä havainnollistetaan **Pareto-kaaviolla**, joka on pylväsdiagrammin erityismuoto.

PDCA-syklin tarkoituksena on varmistaa parantamistoimen toteuttamisen onnistuminen. Syklissä on neljä vaihetta, joiden englanninkielisten nimitysten etukirjamien mukaan sykli on saanut nimensä. Vaiheet ovat: parannustoimen suunnittelu (Plan), toteuttaminen kokeiluna eli pilottina (Do), vaikutuksen tarkistaminen (Check) ja toimintavan vakiinnuttaminen (Act).

Prosessikartta ja vuokaavio (flow chart) eli työnkulkukaavio ovat graafisia esityksiä työprosessin ajallisesti toisiaan seuraavista vaiheista. Ne ovat sanallista kuvausta parempi keino kuvata toimintaprosessi myös ulkopuolisille. Prosessikartta on karkeampi ja yleisempi kuvaus, vuokaavio kuvaa tarkemmin tehtäviä, päätös- ja valintakohtia. Näiden avulla hahmotetaan koko prosessi ja oma osuus siinä. Kuvausten avulla voidaan tunnistaa osasto- tai yksikkörajojen ylityskohtia, rinnakkaisia tapahtumia tai osaprosesseja ja niiden ajoitus sekä kehitellä uusia prosesseja. Vuokaavioiden viimeistelyyn on saatavissa piirrosohjelmia.

Seinätekniikka tarkoittaa työryhmän työn nostamista seinälle. Kaikki näkevät, miten työ etenee. Työtapa auttaa hahmottamaan kokonaisuuksia, se on joustavuutta ja luovuutta tukeva.

Syy-seurauskaavio tai Ishikawa-kaavio on väline haluttuun lopputulokseen pääsyn tai ongelman syiden selvittämiseen, esittämiseen ja luokitteluun. Syy-seurauskaaviota kutsutaan usein kalanruotokaavioksi fishbone diagram), koska sen rakenne muistuttaa kalan päätä ja ruotoja. Kalanruotokuvio on graafinen esitys syiden ja seurausten suhteista.

Tarkistuslistan (check sheet) avulla kerätään perustietoja työprosessien asiakkaista, panoksista, toimivuudesta ja tuotoksista. Tarkistuslista on yksinkertainen tiedonkeruulomake, jolla kerätään esimerkiksi havaintoja tiettyjen asioiden toistumisesta. Näin saadaan mutu-tiedon sijaan tosiasioihin pohjautuvaa tietoa.

Äänestystä (multivoting) käytetään silloin, kun ryhmässä halutaan demokraattinen päätös asioiden tärkeys- tai käsittelyjärjestyksestä. Äänestyksen avulla varmistetaan, ettei päätöstä tehdä kovaäänisimmän tai vaikutusvaltaisimman henkilön halujen mukaan. Pienessä ryhmässä äänestys kannattaa toteuttaa antamalla yksittäisten äänten sijaan tärkeysjärjestysnumero, esimerkiksi 3 pistettä parhaalle, 2 seuraavalle jne.

Lähteitä

Hamilas M, Lempinen K, Mustonen M. Jatkuvan laadun parantamisen (CQI) menetelmäkurssi Sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:70. Turku 1998.

Muistinvirkistäjä. The Memory Jogger TM. Taskukirja jatkuvan kehityksen apuvälineistä. Metalliteollisuuden Kustannus Oy. Helsinki 1994.

Outinen M, Holma T, Lempinen K. Laatu ja asiakas. Laatumyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva 1994.

Laboratorion akkreditointi

Akkreditointi on pätevyyden toteamista. Sen avulla todistuksia ja testaustuloksia antavat laitokset kuten laboratoriot voivat osoittaa toimintansa olevan uskottavaa, luotettavaa ja pätevää. Akkreditointi ei siis ole hyväksymistä tai (toimi)luvan antoa, mutta sitä voidaan käyttää hyväksi asettamalla akkreditointi hyväksymisen tai luvan ehdoksi. Yhdenmukaisiin pätevyysvaatimuksiin perustuva akkreditointi mahdollistaa ns. yhden testauksen periaatteen. Tällä tarkoitetaan sitä, että yhdessä laboratoriossa suoritettua testausta tai määrittystä ei tarvitse toisessa laboratoriossa toistaa, koska kaikki osapuolet voivat luottaa tuloksen oikeellisuuteen.

Akkreditoinnin hakeminen on vapaaehtoista. Akkreditointi sopii sekä julkisen että yksityisen sektorin laboratorioille niiden erikoisalasta riippumatta. Akkreditointipäätöstä edeltää arviointi, johon liittyy myös harkintaa. Akkreditointi perustuu Euroopassa EN 45000-sarjan standardeihin. Näiden akkreditoinnin perustana olevien vaatimusten tavoitteena on varmentaa testaus- ja mittaustulosten oikeellisuus sekä laboratorion tekninen luotettavuus ja pätevyys suorittaa testejä ja mittauksia. Akkreditoidun terveydenhuollon laboratorion asiakas voi siis luottaa siihen, että hänelle tehtyjen laboratoriotutkimusten tulokset ovat luotettavia tehtäessä diagnoosia ja hoitopäätöksiä. Akkreditoinnin yhteydessä määritellään laboratorion pätevyysalue. Se voi kattaa laboratorion kaikki tutkimusnimikkeet tai jonkin laboratorion kannalta tärkeän osa-alueen (mikrobiologia, kliininen kemia jne.). Akkreditointi on aina tutkimusnimikekohtainen.

Kansalliseksi akkreditointielimeksi on Suomessa asetuksella määrätty Mittatekniikan keskus, joka käyttää akkreditointitoiminnastaan nimeä FINAS (Finnish Accreditation Service). Akkreditoitu laboratorio saa akkreditoinnista todistuksen ja luvan käyttää FINAS-tunnusta varustettuna toimielimen omalla numerolla. Akkreditoituja klinisiä laboratorioita Suomessa on tällä hetkellä 21. Mukana on laboratorioita keskus- ja yliopistosairaaloista ja yksityisiä laboratorioita.

Laboratorion laaduntarkkailukierrokset

Labquality Oy on vuonna 1971 perustettu voittoa tuottamaton yritys, joka järjestää ulkoisia laaduntarkkailukierroksia erilaisissa laboratorioissa (322 erilaista vuonna 1998). Osallistujina on yli 2 000 laboratoriota 29 maassa. Kierrokseen osallistuminen on vapaaehtoista.

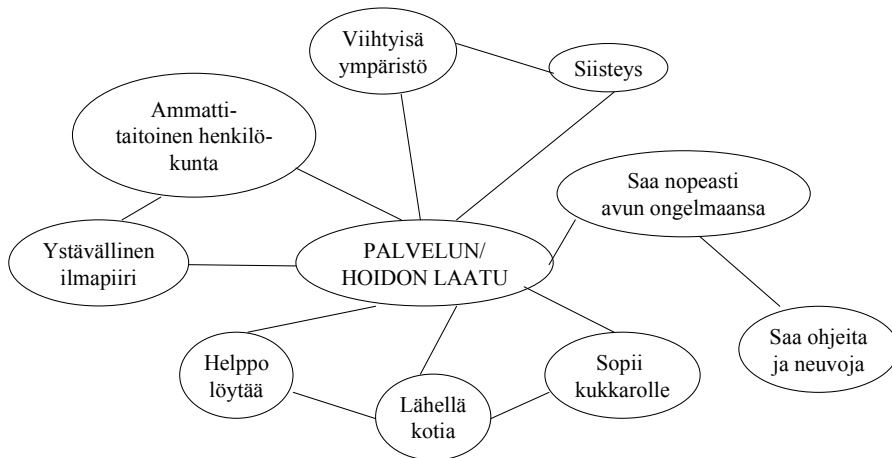
Laaduntarkkailukierroksissa mukana oleva laboratorio voi Labquality Oy:n kontrollinäytteen avulla verrata omien analyysiensä tuloksia muiden laboratorioden samoista näytteistä tekemiin analyysiin. Yrityksen asiantuntijat analysoivat tulokset ja kirjoittavat niistä raportin. Jos analyysin tulos poikkeaa yleisestä tasosta, se viittaa virheelliseen tulkintaan tai menetelmään liittyvään, korjausta vaativaan puutteeseen. Mukanaolosta saa osallistumistodistuksen.

Mind map-tekniikka

Mind map (miellekartta) kuvastaa niitä ajatuksia ja mielikuvia, jotka spontaanisti yhdistetään tiettyyn aiheeseen tai asiaan. Se ei ole siis ehdoton totuus, vaan piirtäjän/piirtäjien mielessä juuri tässä ja nyt oleva käsitys tiettyyn asiaan tai aiheeseen liittyvistä sei-

koista ja niiden välisistä suhteista. Kartta voidaan piirtää yksilö- tai ryhmätyönä. Kartan teon vaiheet ovat:

- ☐ aiheen valinta
- ☐ aihe kirjataan ympyrään (fläppi)paperin keskiosaan
- ☐ ideoidaan, mitä tästä aiheesta/asiasta tulee mieleen
- ☐ ideat kirjataan liimalapuille (1 idea/lappu)
- ☐ laput ryhmitellään aihetta kuvaavan sanan ympärille – kritisointi on kiellettyä, koska halutaan esille kunkin mielessä olevat ajatukset ja lähtökohta on, että ne ovat ‘totuus’
- ☐ asioiden keskinäiset yhteydet merkitään yhdysviivoilla, jolloin muodostuu kuvio tai kaavio (diagrammi), joka esittää sekä asiakokonaisuuden että siihen keskeisesti liittyvien osien väliset suhteet.
- ☐ kaaviota, ‘karttaa’, tarkastellaan sitten yhdessä ja keskustellen tehdään johtopäätöksiä asioiden välisistä suhteista. Yleensä kartasta löytyy ‘ydinteemoja’, jotka sitten kokoavat ympärilleen ikäänkuin ‘seurannaisteemoja’.



Mind map auttaa laadunparantamistyössä kohdentamaan kehittämistoimet ryhmän jäsenten mielestä keskeisiin ja tärkeisiin asioihin. Se edistää ryhmän jäsenten yhteisymmärrystä ja yhteistoimintaa. Mind map on tehokas oppimisen ja ajattelun edistämisen työkalu, koska se auttaa luomaan uutta tietoa ja ymmärtämään asioiden välisiä suhteita. Miellekartasta voidaan kehittää edelleen loogiseen ajatteluun pohjautuva laadullisen analyysin apuväline, käsitekartta (concept map).

Palvelujärjestelmän laadun kehittämisohjelma ja auditointi (King's fund -menetelmä)

Palvelujärjestelmän laadunkehittämisohjelma on sisäinen kehittämisohjelma, johon kuuluu lopussa ulkopuolisen riippumattoman tahon tekemä arviointi eli auditointi. Se perustuu englantilaisen King's Fund Instituten kehittämään menetelmään. Suomessa

menetelmän omistus siirtyi 1999 Efektia Oy:lle, joka jatkaa toimintaa nimellä Efektia Oy. Menetelmä on alunperin kehitetty sairaaloita varten, mutta sitä on Suomessa kokeusten myötä kehitetty palvelemaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon kenttää. Käytökokemusta on sairaaloiden lisäksi kuntoutuslaitoksissa, vanhustenhuollon laitoksissa, yksityisillä lääkäriasemilla, työterveyshuollossa, terveyskeskuksissa sekä sosiaali- ja terveyskeskuksissa.

Arvioinnin ja kehittämisen kohteina ovat organisaation rakenteelliset edellytykset tuottaa hyvää palvelua. Kehittämistyötä ohjaa kriteeristö, jossa on esitetty laatutavoitteet ja näiden saavuttamiseksi vaadittavia ominaisuuksia. Kehittämisohjelma alkaa perehtymisvaiheella ja koulutuksella. Sisäinen kehittämisvaihe käynnistyy itsearviointilla, jossa työntekijät vertaavat omaa työtään kriteereihin. Arvioinnin perusteella valitaan kehittämiskohteet, joita parannetaan noin 10 kuukauden aikana, jonka jälkeen seuraa uusi itsearviointi. Ulkopuolinen asiantuntijaryhmä tekee tämän jälkeen arviointikäynnin (1–5 päivää), jonka aikana haastatellaan yksiköiden vastuhenkilöitä ja muuta henkilöstöä ja etsitään näyttöä vaatimusten toteutumisesta. Auditoinnin pohjalta laaditaan kirjallinen palaute, jossa esitetään arvio organisaation vahvuuksista ja kehittämistä vaativista kohteista.

Mikäli organisaatio auditoinnin perusteella täyttää hyvän palvelujärjestelmän keskeiset vaatimukset ja laadunhallinta on toimiva, sille voidaan myöntää laaduntunnustus (vuodesta 1998 alkaen). Sen myöntää erillinen laaduntunnustusneuvosto tutustuttuaan organisaation tilaan auditointien esittelyn ja asiakirjojen pohjalta.

Lähde: U. Idänpään-Heikkilä 1999; teoksessa Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. 1999.

Palvelusitoumus

Palvelusitoumukset ovat asiakkaan osallistumismahdollisuuksia edistävä tapa kehittää palvelujen laatua. Palvelusitoumuksella annetaan palvelujen laadusta selkeä lupaus, joka voi koskea palvelun saamiseen kuluvaa aikaa, palvelun ominaisuuksia ja asiakaspalvelua. Palvelusitoumuksessa voidaan esimerkiksi luvata tietyn mittainen jonotusaika sosiaalityöntekijän vastaanotolle ja maksimiaika, jossa jokin terveyspalvelu hoidetaan. Näin palvelun tarvitsija tietää, mitä ja minkälaista palvelua hän voi tuottajalta odottaa ja edellyttää. Palvelusitoumuksien perusajatuksiin kuuluvat myös asiakaspalaute ja virheiden korjaaminen, jolloin asiakkailla on mahdollisuus suoraan vaikuttaa saamaansa palveluun ja palveluyksiköiden toimintaan antamalla palautetta. Palvelun tuottajan tehtävänä on huolehtia siitä virheen korjaamisesta.

Palvelusitoumuksen voi antaa kunta (tai sen toimiala/organisaatio) kuntalaisilleen tai palveluyksikkö omille asiakkailleen kollektiivisesti. Kunnallisessa toiminnassa palvelusitoumusten laatiminen voi olla keino lähentää kunnallisia päätöksentekijöitä, tuottajia ja asiakkaita. Palvelusitoumus voidaan laatia myös palvelun tuottajan ja asiakkaiden tai kuntalaisten välisessä vuoropuhelussa ja kytkeä se tuottajan laatupolitiikkaan. Tällöin tuottaja ilmaisee laatutavoitteensa palvelusitoumuksina. Johtamisessa palvelusitoumuksia voidaan hyödyntää käytännön laatutyön lähestymistapana ja osoittamaan henkilökunnalle johdon sitoutuminen.

Palvelusitoumusten uskottavuus perustuu ensi sijassa niiden konkreettisuuteen ja julkisuuteen: on selvää, että annetusta lupauksesta pidetään kiinni. Velvoittavuus on eettistä ja moraalista, sillä oikeudellista sitovuutta niillä ei yleensä Suomessa ole (ne

eivät siis ole yksittäisten asiakkaiden kanssa tehtäviä palvelusopimuksia). Pitäisikin ehkä pikemmin puhua palvelulupauksesta.

Monessa Euroopan maassa palvelusitoumukseen liittyy hyvittämisen periaate: ellei lupausta pystytä pitämään, se korvataan asiakkaalle. Esimerkiksi Ruotsissa asiakas saa hakeutua vastaavaan hoitoon yksityissairaalaan, ellei hän pääse sitoumuksessa luvatussa ajassa kunnalliseen sairaalaan; kustannusten erotuksen maksaa se sairaala, jonka vastuulle asiakkaan hoito kuuluu. Hollannissa erään kaupungin poliisiin palvelusitoumuksessa luvataan lisää poliiseja sellaiseen kaupunginosaan, jossa kotimurtojen määrä ylittää tietyn kynnyksarvon.

Lähteitä

Hämeenlinnan kaupunki palveluksessa. Toimeentulotuen palvelusitoumus 1.4.1995 alkaen. Hämeenlinnan perusturvalautakunta 1995. (Hämeenlinnassa on tehty palvelusitoumuksia myös päihdehuollossa, vanhustenhuollossa ja lasten päivähoidossa)

Nurmi J. Palvelusitoumus – nyt! Valtionvarainministeriö, Helsinki 1998.

Palvelusitoumus – suomalainen malli. Palvelusitoumushankkeen muistio. Valtionvarainministeriön työryhmämuistioita 21/97. Helsinki 1997.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Toimittaneet Maarit Outinen ja Tuija Lindqvist. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Stakes 1999.

Patologian laatutunnus

Suomen Lääkäriliitto ja International Academy of Pathology (IAP) Suomen osasto myöntävät patologian laatutunnuksen patologian laboratoriolle, joka on mukauttanut toimintansa 15 laatutunnusvaatimukseen. Vaatimukset koskevat laatukäsikirjaa, tarkastuskäyntiä, toimintavastuuta, henkilö- ja laiterekisteriä, työohjeita, kaksoisluentaa, laadunvarmistusta, säilytys- ja vastausaikoja, ulkoista laaduntarkkailua, diagnooseja, luokituksia, lausuntotekstien tarkistamista ja arkistointia. Laatutunnustusvaatimuksissa tähdätään siihen, että patologian laboratorion asiakas voi luottaa annettuun diagnoosiin. Tunnusta voi hakea histopatologiaan, sytologiaan ja ruumiinavaustoimintaan. Ensimmäiset tunnukset myönnettiin vuonna 1995.

Kaiken perustana on laatukäsikirja, jonka oheisdokumentteineen tulee kuvata yksikön laatu- eli toimintajärjestelmä. Laatukäsikirjaa varten on olemassa suositus. Hake-muslomake lähetetään Suomen Lääkäriliiton laatu-neuvostolle, joka pyytää siitä lausunnon IAP:n Suomen osaston laadunvarmistustyöryhmältä. Myönnetty laatutunnus on voimassa 2–3 vuotta. Laatutunnuksen myöntämistä seuraa aina IAP:n laadunvarmistus-työryhmän järjestämä tarkastuskäynti, jonka suorittaa vähintään kaksi arvioijakoulutuk-sen saanutta tai muuten päteväksi todettua asiantuntijaa. Uusintakäynti tehdään yleensä 1–2 vuoden välein. Tarkastus tehdään tutkimalla asiakirjoja, havainnoimalla käytännön toimintaa ja tutustumalla näytevalmistuksiin ja niistä laadittuihin lausuntoihin. Tarkas-tuksessa todetut puutteet kirjataan arviointiselosteeseen ja yksikkö on velvollinen kor-jaamaan ne.

Lähde H. Aho 1999. Teoksessa: Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Helsinki 1999.

PIENET-laatujärjestelmä

PIENET-laatujärjestelmä on tarkoitettu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon pienille työyksiköille ja yksin toimiville ammattihenkilöille. PIENET lähtee heidän tarpeistaan ja käytetty kieli on arkipäivän työkieltä. Sen avulla ensimmäinen askel kohti kokonaisvaltaista laadunhallintaa on helppo ottaa. Malli rakentuu samojen laadunhallinnan periaatteiden varaan kuin vaativammatkin kokonaisvaltaiset mallit (esimerkiksi ** palvelujärjestelmän laadunkehittämisohjelma ja auditointi*, **ISO 9000*, **Suomen laatupalkinto*), joten niihin käyttöön eteneminen käy tarvittaessa vaivattomasti.

Tavoitteena on sekä sisäinen kehittäminen että oman laadun osoittaminen ulkopuolisille. Työkalut auttavat oman työn suunnittelussa ja hallinnassa, sisäisessä yhteistyössä, työn tuntemisessa ja toimintatavan yhdenmukaistamisessa. Työyksiköstä ulospäin, suhteessa palvelujen käyttäjiin ja ostajiin, tavoitteena on markkinoinnin ja yhteistyön suunnitelmallisuus, läpinäkyvyyden lisääminen, arviointi- ja palautemahdollisuuksien parantaminen.

Tätä varten mallissa on kuusi osa-aluetta, joille on kehitetty tai tuotu muualta laadunhallinnan tarvitsemat työkalut:

- ☐ asiakasryhmien kartoitus ja asiakastarpeiden määrittäminen: asiakaskartta, tarve- ja odotuskartoitukset
- ☐ palvelutuotannon suunnittelu: toiminta-ajatus/palveluidea, palveluvalikoima, palveluprosessin kuvaaminen, palvelu-/tuotekuvaukset, toimintasuunnitelma
- ☐ markkinointi ja yhteistyö: palveluesite, palvelukansio, tarjousmallit
- ☐ dokumentointi ja tilastointi: dokemntointi- ja tilastointiohjeet, toimintakertomus
- ☐ laadun arviointi: asiakaspalautemalli, itsearviointimenettelytapa
- ☐ laadunhallinta: laatupolitiikka, laatujärjestelmän kuvaus, laatukäsikirja, laatusuunnitelma.

Mallista on laadittu julkaisu, jossa on runsaasti kehittämistyöhön osallistuneiden työyksiköiden ja yksintoimivien ammatinharjoittajien omia, projektin kuluessa syntyneitä esimerkkejä. Julkaisun 'PIENET – kohti laatujärjestelmää' ovat kirjoittaneet Tupu Holma, Maarit Outinen ja Riitta Haverinen. Sen hinta on 50 mk (1999) ja sitä saa sekä Suomen Kuntaliiton että Stakesin julkaisumyynteistä.

QFD eli Quality Function Deployment

Asiakaslähtöiseen toiminnan suunnitteluun ja tuotekehitykseen kehitetty QFD eli Quality Function Deployment perustuu matriisitekniikkaan. Matriisien avulla asiakkaan tarpeet muunnetaan tuotteiden ja palvelujen ominaisuuksiksi. QFD:n hyväksikäyttö asiakkaan tarpeista tuotekehitysprosessia ohjaaviksi tuotekuvauksiksi voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin:

1. Asiakkaan tarpeiden selvittäminen (ja tarvekohtaisesti asiakkaan arvosanan ja tärkeysasteen selvittäminen asteikolla 1–5)
2. Tuoteominaisuuksien määrittäminen (mitattavissa oleva tuotteen sisäinen ominaisuus, joka on tarpeellinen asiakastarpeen tyydyttämiseksi)
3. Kunkin tuoteominaisuuksien ja asiakastarpeiden vuorovaikutuksen selvittämi-

-
- nen (ja arvioiminen sijoittamalla korrelaatioluokkaan)
4. Tuoteominaisuuden tärkeyden arviointi (myös kehittämisen mahdollisuudet ja vaikeudet)
 5. Tuoteosien ja prosessien määrittäminen (prosessien kehittämisresurssien suunnittaminen).

Matriisitekniikka saattaa herättää vastarintaa näennäisen monimutkaisuutensa vuoksi. Pohjimmiltaan menetelmä on melko yksinkertainen ja helppokäyttöinen.

Lähde: Järvelin K, Kvist H, Kähäri P, Räikkönen J. Palveluyrityksen laadun kehittäminen. SEDECON Oy. Gummerus Kirjapaino. Jyväskylä 1992.

Suomen laatupalkinto/laatupalkintokriteeristöt

Suomen laatupalkinto perustuu kansainvälisiin esikuviin (alunperin USA:n kansallinen laatupalkinto Malcolm Baldrige National Quality Award ja sen kriteeristö; Suomessa siirrytään vuodesta 2000 alkaen käyttämään Euroopan laatupalkinnon kriteeristöä). Perustana ovat myös menestyville organisaatioille yhteiset tunnuspiirteet. Laatupalkinnon arviointiperusteet (joista yleisesti käytetään nimitystä laatupalkintokriteeristö) rakentuvat tunnuspiirteille, joiden tavoitteena on asiakastyytyväisyys, taloudelliset tulokset, markkinaosuuden kasvu, henkilöstötyytyväisyys, toimittajien suorituskyky, parempi tuotelaatu, korkeampi tuottavuus ja vastuu ympäristöstä. Tunnuspiirteet auttavat arvioimaan nykyistä toimintaa ja asettamaan parantamisaalueet tärkeysjärjestykseen. Kokonaisuutena Suomen laatupalkinnon arviointiperusteet auttavat muodostamaan kuvan organisaation toiminnasta.

Suomen laatupalkinto on vuodesta 1991 alkaen jaettu vuosittain yritykselle tai organisaatiolle tunnustuksena esimerkillisestä laadunhallinnasta ja menestyksellisestä toiminnasta. Kilpailussa on kolme sarjaa (teollisuus-, palvelu- ja PK-yritysten sarja), joiden lisäksi kilpailun tuomaristo voi jakaa kunniamaininnan. Kilpailuun osallistuva organisaatio tekee kirjallisen hakemuksen. Lähetetyt hakemukset arvioi ryhmä kokeneita arvioijia, jotka laativat palauteraportin hakijoille. Hakemusten perusteella parhaisiin organisaatioihin tehdään arviointikäynti, joista laadittujen raporttien perusteella kilpailun tuomaristo valitsee palkinnon saajat. Voittajat julkistetaan vuosittain marraskuussa.

Laatupalkinnon arviointiperusteet (laatupalkintokriteeristö) koostuvat kahdeksasta arviointialueesta: johtajuus strateginen suunnittelu, asiakas- ja markkinasuuntautuneisuus, tiedot ja niiden analysointi, henkilöstön kehittäminen, prosessien hallinta, toiminnan tulokset ja yhteiskunnalliset vaikutukset. Nämä arviointialueet on edelleen jaettu 21 arviointikohtaan. Arviointikohdat korostavat organisaation menestymisen kannalta keskeisiä vaatimuksia. Arviointikohdat jakautuvat tarkastelukohtiin, jotka ohjaavat organisaation arviointia ja avustavat parantamisaalueiden löytämisessä. Kukin arviointikohta on pisteytetty siten, että saavutettavissa oleva maksimipistemäärä on 1000 pistettä. Arviointimalli on nelikohtainen: menettely (miten on sovittu meneteltäväksi), soveltaminen (miten sovitut menettelyt toteutuvat), tulokset (miten suorituskyky on kehittynyt) ja parantaminen (miten menettelyä ja sen soveltamista parannetaan). Laatukeskus julkaisee arviointiperusteet vuosittain.

Kilpailua tärkeämpi merkitys laatupalkintokriteeristöllä on toiminnan itsearvioinnin ja jatkuvan parantamisen työkaluna. Laatupalkintokriteerit antavat organisaatiolle ja sen johdolle selkeän mallin laadun kehittämistyölle, vahvuuksien ja parantamisaalueiden esiinnostamiseen sekä nykytilan ja kehitysmahdollisuuksien arviointiin. Kriteeristö

toimii eräänlaisena organisaation kaikki osa-alueet kattavana muistilistana ja tukena itsearviointia tehtäessä. Itsearviointiprosessi etenee seuraavien vaiheiden kautta:

1. Itsearviointin suunnittelu ja valmistautuminen
2. Vahvuuksien ja parantamisalueiden tunnistaminen
3. Parantamisprojektien valinta ja suunnittelu
4. Parantamisprojektien toteutus ja ohjaus
5. Tulosten arviointi ja itsearviointin parantaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille tai muille julkisille palveluorganisaatioille ei ole omaa kilpailusarjaa eikä arviointikriteeristöä ole muokattu erikseen näissä organisaatioissa käytettäväksi. Ruotsissa erillinen kilpailu on olemassa (Landstingsförbundet).

Suomen laatupalkintoa ja sen kriteeristöjä on meillä käytetty myös muiden laatupalkintojen pohjana. Sosiaali- ja terveydenhuollosta esimerkkejä löytyy muun muassa joistakin sairaanhoitopiireistä. Sitä käytettiin myös vuonna 1999 jaetun Fysioterapian laatupalkinnon pohjana. Muita käyttötapoja ovat esimerkiksi Efektia Oy:n julkaisemat päivähoiton laadun arviointiperusteet ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin koko laatutyön ja laadunhallinnan rakentuminen tälle ajattelulle.

Lähteitä

Suomen Laatupalkinto. Tavoitteena erinomainen kilpailukyky 99. Arviointiperusteet. Laatukeskus 1999; Suomen Laatupalkinto. PK-arviointiperusteet 1999. Laatukeskus 1999.

Tuulonen A. Laatupalkintokriteerit toiminnan kehittämiseksi. Julkaisussa: Lääkäri ja laatu. Suomen Lääkäriliiton kirjasarja. Helsinki 1999.

Laamanen K. Kohti huippusuorituksia. Laatukeskus 1997.

SWOT-analyysi

SWOT-analyysillä pyritään tunnistamaan organisaation sisäiset vahvuudet (Strengths) ja heikkoudet (Weaknesses) sekä ulkoisen toimintaympäristön mahdollisuudet (Opportunities) ja uhat (Threats). Se on ennen kaikkea strategisen suunnittelun apuväline, jota voidaan käyttää myös verrattaessa toisiinsa erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja.

SWOT-analyysia varten muodostetaan nelikenttä, jonka yläosan kentissä on tilaa organisaation (tai ratkaisuvaihtoehdon) vahvuuksille ja heikkouksille. Alaosan kenttiin kirjataan toimintaympäristön antamat mahdollisuudet ja uhat. Kenttiä voidaan kuvata seuraavasti (suluissa apukysymyksiä):

- ☐ vahvuus on tekijä tai piirre, jonka organisaatio tekee hyvin tai jossa se on hyvä, esimerkiksi taito, pätevyys tai kilpailuetu. Apukysymyksiä: missä omasta mielestämme/muiden mielestä olemme hyviä? minkä teemme/osaamme hyvin?
- ☐ heikkous on jotain, joka organisaatiolta puuttuu tai jossa se on kilpailijoita huonompi; myös epäedullinen olosuhde. Apukysymyksiä: mitä mielestämme/muiden mielestä voisi parantaa? mikä toimii huonosti? mitä pitäisi välttää?

- ☐ mahdollisuus on toimintaympäristön tekijä, joka mahdollistaa menestymisen, ‘markkinarako’ uudelle tuotteelle, palvelutarvetta (kysyntää) lisäävä kehityssuunta. Apukysymyksiä: missä ovat hyvät mahdollisuutemme? mitkä ovat kiinnostavia kehityssuuntia?
- ☐ uhka on ulkoisen toimintaympäristön tekijä, joka voi johtaa suorituskyvyn huononemiseen; se voi olla peräisin uudesta teknologiasta, muiden kilpailukykyisemmistä tuotteista tai palveluista, uusista säädöksistä, epäsuotuisesta poliittisesta muutoksesta tms. Apukysymyksiä: mitä esteitä on odotettavissa? mitä kilpailijat tekevät? ovatko vaatimukset muuttumassa? onko teknologisia uhkia? miten taloutemme kehittyy?

STRENGTHS Organisaation nykyiset sisäiset toiminnalliset VAHVUUDET	WEAKNESSES Organisaation nykyiset sisäiset toiminnalliset HEIKKOUDET
OPPORTUNITIES Toimintaympäristöstä nousevat ulkoiset MAHDOLLISUUDET	THREATS Toimintaympäristöstä nousevat ulkoiset UHAT

Analyysin vaiheet

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa pyritään tunnistamaan kuhunkin kenttään kuuluvat tekijät. Ideointi voi alkaa aivoriihiyöskentelyllä (**laatutyökalut*, **tuplatiimi*) ja sitä voidaan syventää käyttäen saatavilla olevia kerättyjä/raportoituja tietoja. Kaikista kentistä määritellään merkityksellisimmät tekijät ja poistetaan ne, jotka eivät ole tilanteelle oleellisia tai eivät liity aihealueeseen. Seuraavissa vaiheissa

- ☐ pyritään löytämään ‘menestystekijät’ selvittämällä, miten sisäisten toiminnallisten vahvuuksien avulla toteutetaan ulkoiset mahdollisuudet
- ☐ mietitään keinot, joilla sisäiset heikkoudet muutetaan vahvuuksiksi ulkoisten uhkien torjumiseksi.

Viimeiseksi laaditaan kirjallinen raportti analyysin vaiheista ja johtopäätöksistä.

Lähde: Nakari L, Porenne P, Riikonen E, Huhtala T. Mentorointi. Johdon ja asiantuntijoiden kehitysmenetelmä. Ekonomia Oy. Forssa 1996.

Tuplatiimi

Tuplatiimi on Innotiimi Oy:n kehittämä ryhmätyön menetelmä, jonka avulla kerätään eri henkilöiden tiedot ja ideat yhteen ratkaisuksi, johon sitten kaikkien on helppo sitoutua. Tuplatiimi soveltuu sekä analysointiin, ideointiin että päätöksentekoon.

Tuplatiimi-kokous on jaettu kolmeen päävaiheeseen, joista jokainen koostuu viidestä osavaiheesta. Päävaiheet (AIR) ovat: analyysi (A), ideointi (I) ja ratkaisu (R). Osavaiheissa, joita kuvaa nimitys OPERA, on erotettu luovuutta ja logiikkaa vaativat osat,

jotta uusia näkemyksiä ei heti tyrmättäisi. Osavaiheet ovat: oma näkemys (O), parin näkemys (P), esittely (E), ristiinarviointi (R) ja aiheiden rymittely (A).

Tuplatiimi soveltuu erityisen hyvin sellaisten organisaation yhteisten ongelmien ratkaisuun, joihin on olemassa monia ratkaisumalleja ja joihin on vaikea löytää yhteisymmärrystä. Tyypillisiä Tuplatiimin käyttöalueita ovat muun muassa:

- ☐ yhteistyön kehittäminen
- ☐ myynnin ja markkinoinnin kehittäminen
- ☐ asiakaspalvelun kehittäminen
- ☐ visioiden luominen ja maastoutus
- ☐ strategioiden määrittely
- ☐ arvojen ja pelisääntöjen selkeytys
- ☐ organisaatiomuutokset
- ☐ ristiriitojen selvittäminen
- ☐ tuotteiden kehittäminen.

Teknisten ongelmien ja vikojen etsintään, yhden ihmisen ongelmien ratkaisuun tai ihmissuhdeongelmiin Tuplatiimi ei sen sijaan sovellu erityisen hyvin.

Tuplatiimi-istunto kestää yleensä 3–6 tuntia aiheen laajuudesta ja osallistujien määrästä riippuen. Osallistujia voi olla 6–24 henkeä, mutta ihannemäärä on 8–12 henkeä. Tuplatiimi voidaan toteuttaa yhdessä kokouksessa tai se voidaan jakaa päävaiheiden mukaan eri palavereihin. Ohjaaja huolehtii työskentelyn etenemisestä ja pelisääntöjen noudattamisesta.

Tuplatiimi on rekisteröity tavaramerkki ja sen kaupallinen käyttö ilman Innotiimi Oy:n lupaa on kielletty.

Lähde: Gustafsson T, Helin K, Leskelä P ja Mantere V. Tuplatiimi. Ohjaajan opas. 2. korjattu painos. TummaVuoren Kirjapaino Oy. Vantaa 1995.

Valtionkonttorin veteraanikuntoutuksen tarjouskilpailumenettely

Valtiokonttori on viime vuosina kehittänyt sotainvalidi- ja rintamaveteraanien kuntouspalvelujen hankintaan tarjouskilpailumenettelyn. Tuottajan on tarjouksen yhteydessä kuvattava tarjouspyyntöasiakirjan kysymysten mukaisesti sekä omat laadunhallintamenettelynsä että tuotteensa. Tämän tarjouskilpailun pohjalle ollaan rakentamassa vierailukäyntiin perustuvaa arviointimenettelyä, jossa Valtionkonttorin asiantuntijat paikallaan palvelun tuottajan luona selvittävät, miten tarjouksessa esitetyt asiat pitävät paikkansa.

Vertailukehittäminen (benchmarking)

Vertailukehittäminen eli benchmarking tarkoittaa hyvistä esimerkeistä oppimista. Sen luonnetta on kuvattu myös ilmaisuilla huippusuoritusten etsintä, ennätystasoverailu, menestyneiden yritysten toimintamallit. Benchmarking on jatkuvaa ja järjestelmällistä työtä, jossa verrataan oman toiminnan tehokkuutta, laatua ja työprosesseja parhaisiin kilpailijoihin tai muihin kehityksen kärjessä oleviin organisaatioihin. Vertailun avulla voidaan oman toiminnan kehittämisessä päästä eteenpäin nopeiden harppauksen avulla.

Benchmarkingia on kolmentyyppistä. Suorituskyky- benchmarkingissa verrataan tuotteiden ja avainprosessien suorituskykyä ja vertailussa käytetään yleisimmin numeerotietoa. Prosessi-benchmarking perustuu avainprosessien suorituskykyjen taustalla olevien menetelmien, toimintatapojen ja edellytysten määrittelyyn ja analysointiin, siihen, miten verrattava asia saadaan aikaan. Strategisen benchmarkingin tavoitteena on löytää omalle organisaatiolle strategisia mahdollisuuksi analysoimalla huippuyritysten strategioita.

Benchmarkingin askeleet ovat

1. Määrittele kehittämiskohde (avainprosessi, jolla kriittinen vaikutus yrityksen menestykseen)
2. Tunnista yritykset, joihin verrataan: etsi yritys, jossa paras prosessi)
3. Opi, miten me omassa organisaatiossa sen teemme (kuvaa oma prosessi, sen menetelmät, toiminatavat ja edellytykset sekä mittaa oman prosessin suorituskyky)
4. Opi, miten se vertailtavassa huippuorganisaatiossa tehdään (usein vierailukäynnin ja sillä saadun informaation perusteella)
5. Vertaa omaa ja huippuprosessia (määritä erot)
6. Aseta tavoitteet omalle kehittämiselle (välittömästi käyttöön otettavat ideat ja lyhyen tähtäyksen kehitystavoitteet)
7. Sovella omaan toimintaasi ja ota käyttöön
8. Vakiinnuta ja kehitä edelleen (paranna samalla benchmarking-prosessia).

Benchmarking ei ole vain pikaisella yritysvierailulla kuitattava menetelmä. Se edellyttää sekä johdon sitoutumista että oman toiminnan analyysiä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa perinteinen tunnuslukuvertailu (naapurikunnan toimintakertomustietojen vertaaminen omiin lukuihin) ei ole benchmarkingia, koska se ei sisällä lukujen takana olevien toimintatapojen analyysiä. Benchmarkingille on myös ominaista parhaiden mahdollisten esimerkkien hakeminen vertailukohteeksi: vasta niihin tutustumalla syntyy nopeita kehtysaskelia.

Lähde: tiivistetty ja muokattu useista lähteistä.